Nr. 6. 8. lutego 1925. Rok IV.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne.

Dr. Gwidon POKORNY, asystent kliniki. Kraków.

### Bole głodowe u chorych na raka żołądka.

Z I-szej kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Jasne ujęcie objawów wrzodu dwunastnicy i podkreślenie częstości tej sprawy chorobowej jest wielką zasługą Moynihana.

Jako typowe dla wrzodu dwunastnicy, podał on, okresowo występujące bole głodowe, więc bole, które zaczynają się późno, dopiero w kilka godzin po przyjęciu pokarmów, a łagodzą się przez ponowne ich wprowadzenie. Wielkie znaczenie rozpoznawcze tych bolów, zwłaszcza doniosłe w zestawieniu z nieznacznym i niepewnym wynikiem przedmiotowego badania, ujął on w znanem zdaniu: »Wywiady — we wrzodzie dwunastnicy — są wszystkiem, badanie jest niczem«.

Dziś, gdy kilka lat upłynęło od tych polemik, które poglądy Moynihana wywołały, gdy spostrzeżenia i badania ze swej strony nagromadziły spory materjał kliniczny co do bolów głodowych, wiemy, że podany przez Moynihana zespół objawów jest dla choroby wrzodowej ze siedzibą w dwunastnicy wielce znamiennym i to tak dalece, że stwierdzenie ich u chorego musi zwrócić uwagę lekarza na dwunastnicę. Nie są one jednak dla tej sprawy chorobowej patognomonicznemi, a tem samem dla rozpoznania wystarczającemi i wymagają uzupełnienia przez wynik badania przedmiotowego. Słowem, dla uniknięcia mylnego rozpoznania wrzodu dwunastnicy »*oportet omnia signa contemplari*« (Bacelli).

Istotnie późne bole głodowe zdarzają się nietylko przy siedzibie wrzodu w dwunastnicy lub przy wrzodach przyodźwiernikowych, lecz także w przypadkach wrzodu na krzywiźnie mniejszej, wreszcie, jakkolwiek rzadko, spostrzega się je również u chorych bez zmian anatomicznych w żołądku i dwunastnicy. Występowanie zaś ich w typowej postaci w przebiegu raka żołądka jest tak rzadkie, że podręczniki o nich wcale nie wspominają. Krótką wzmiankę czyni o nich tylko Ortner, zaznaczając, że mogą się one zdarzać w rozpoczynającym się raku odźwiernika, a nawet wpustu żołądka, oraz w zupełnie rozwiniętym raku włóknistym (*scirrhus*) tego narządu. Krótko wspomina on o nich w swej monografji o złośliwych nowotworach jamy brzusznej, także R. Schmidt, stwierdzając, że tak ból głodowy, jak i późne bole (po 6—7 godzinach) spostrzega się, lecz rzadko, w przypadkach raka żołądka. Inni klinicyści o bolach głodowych w przebiegu raka żołądka wcale nie wspominają.

Wobec tego stanu rzeczy każdy przypadek raka żołądka z typowemi bolami głodowemi zasługuje na szersze uwzględnienie, zwłaszcza, jeśli jego spostrzeżenie daje interesujące dane co do powstawania tych bolów. Otóż taki przypadek mieliśmy sposobność spostrzegać w roku szkolnym 1923/24 w tutejszej klinice. Przypadek ten jest wielce pouczający i pod tym względem, że bole głodowe były tu pierwszym, głównym i prawie jedynym podmiotowym objawem i utrzymały się prawie do ostatniego okresu choroby w wyraźnej postaci, ustępując dopiero na kilka tygodni przed operacją.

W. K., 58-letni, żonaty, emer. urzędnik, przyjęty do kliniki 17. III. 1924, (Rok szkolny 1923/24, l. dz. 239) ze skargami na bardzo silne kurczowe bole w nadbrzuszu. Występują one od 8-miu miesięcy napadowo, naczczo i około godziny 1—2 w nocy i trwają prawie godzinę. Bole znikają natychmiast po spożyciu pewnej ilości pokarmów; to też, zauważywszy tę okoliczność, chory przygotowuje sobie na noc chleb lub inny pokarm. Ból poprzedzają nudności i ślinotok. Od czasu do czasu, mniej więcej raz na tydzień, występują wymioty i to po spożyciu pokarmów, nawet lekkich, np. po rosole; początkowo częste, są one obecnie rzadsze. W ostatnich tygodniach nieznacznie wychudł. Pali miernie. Przed obecną chorobą używał obficie napojów wyskokowych.

Badanie przedmiotowe: Smukły, wysoki, budowa ciała i mięśni mierna, tkanka tłuszczowa skąpa; waga 51 kg; wyraz twarzy zmęczony, mierna rozedma płuc; wzmożenie 2-go tonu nad tętnicą główną; mierna miażdżyca układu tętniczego; poprzecznica wyraźnie macalna 3 palce poniżej pępka; w nadbrzuszu na poziomie 3 palców ponad pępkiem wyczuwa się wyraźnie, jakkolwiek nie stale, dość miękki, ruchomy, na ucisk bolesny wał, odpowiadający siedzibie części odźwiernikowej żołądka; każdorazowemu zjawianiu się tego wału towarzyszy uczucie bardzo silnego bolu o tym samym charakterze, co i napadowe bole głodowe, które zmusiły chorego szukać pomocy w klinice; prawa nerka opadnięta; inne narządy i mocz zmian nie przedstawiają; odczyn Wassermanna z 3-ma wywoływaczami ujemny; żołądek w 12-ście godzin po próbnej wieczerzy resztek pokarmowych nie zawiera. W godzinę po próbnem śniadaniu Ewalda-Boasa treść żołądka, naogół źle strawiona, nie zawiera ani wolnego kwasu solnego, ani kwasu mlecznego; niedobór kwasu solnego 10; ogólna kwasota 6; Wolff-Junghans 10; śluz w ilości miernej; krwi utajonej ani treść żołądkowa ani stolec, badany wielokrotnie, nie zawierają. Roentgen: żołądek sięga nieco niżej pępka, ortotoniczny; odźwiernik w okolicy krzywizny mniejszej przedstawia, jakby mały ubytek (?); opuszka dwunastnicy stale wypełniona; bolesność uciskowa w górnej części krzywizny mniejszej i okolicy splotu trzewnego (*plexus solaris*); nieco mniejsza w okolicy wyżej podanego ubytku; ruchy robaczkowe mierne, na krzywiźnie mniejszej mniej wyraźne; po 5-ciu godzinach bardzo mała pozostałość w żołądku.

Rozpoznanie: *Ulcus duodeni cum catarrho ventriculi chronico ex alcoholismo subseq. spasmis ventriculi frequentibus* (*Carcinoma ventriculi ?*). *Emphysema pulmon. alveolare essentiale. Arteriosclerosis diffusa. Nephro — coloptosis.*

Przebieg: Przy leczeniu przeciwwrzodowem samoistne dolegliwości podmiotowe chorego zmniejszają się, lecz niemal stale daje się przez potarcie nadbrzusza wywołać kurcz żołądka i towarzyszące mu bole; samoistne kurcze żołądka dało się stwierdzić kilkakrotnie obmacywaniem brzucha podczas napadu bolu. 17. III. Wobec znacznego zmniejszenia się bolów, chory, spiesząc się do swego zawodu, wypisuje się z kliniki, pozostając jednak nadal pod obserwacją.

22. V. Ponownie przyjęty do kliniki (L. dz. 341) z temi samemi skargami i z tym samym wynikiem badania pod wszelkiemi względami, tylko niedobór kwasu solnego wzrósł do 20, a Roentgen, poza danemi poprzedniemi, wykazuje przyśpieszone całkowite opróżnianie się żołądka z masy kontrastowej, tak iż w $1^1/_2$ godziny po podaniu papki barowej żołądek zupełnie jest próżny, opuszka zaś dwunastnicy i przyległy znaczny odcinek dwunastnicy jest wypełniony papką barową; na wadze ciała chory nie ubył, wynosi ona bowiem nadal 51 kg. 28. V. chory porzuca klinikę i znowu wstępuje do niej 23. VI. (L. dz. 395). Bole teraz tracą w znacznej mierze swój charakter napadowy, są silniejsze i rozleglejsze i trwają dłużej. Badanie jamy brzusznej wykazuje stale wyczuwalny, ruchomy, na ucisk bolesny wał 2 palce nad pępkiem, ginący w lewo pod łukiem żebrowym. Treść żołądkowa wykazuje te same właściwości, co za drugiego pobytu chorego w klinice. Roentgen wykazuje mierne zaleganie treści w żołądku oraz stałe wypełnienie dwunastnicy; przestrzeń, dzieląca ją od widocznej części odźwiernika (ubytek) mniejsza, niż poprzednio; pozatem obraz ten sam, co w poprzednich badaniach. 23. VI. przeniesiony do kliniki chirurgicznej prof. M. Rutkowskiego. Operacja wykazała raka żołądka na jego krzywiźnie mniejszej aż do odźwiernika w postaci nacieku bez przerzutów w jamie brzusznej i bez żadnych zmian w dwunastnicy.

Możliwości tej sprawy nowotworowej nie mogliśmy też i my — jak widać z powyżej podanego rozpoznania klinicznego — stanowczo wykluczyć, rozpoznając w pierwszym okresie pobytu chorego w klinice, przebiegającą z kurczami żołądkowemi chorobę wrzodową z siedzibą wrzodu w dwunastnicy. Nie mogliśmy tego uczynić zwłaszcza ze względu na wiek chorego, oraz brak w treści żołądkowej wolnego kwasu solnego — objawu wprawdzie znanego, lecz rzadkiego we wrzodzie dwunastnicy. Większe prawdopodobieństwo choroby wrzodowej opieraliśmy wtedy na braku wybitniejszego wychudzenia, pomimo trwania choroby od dłuższego czasu, na istnieniu u chorego bardzo znamiennych bolów głodowych, oraz równocześnie występujących kurczów części odźwiernikowej żołądka, które przedstawiają objaw bardzo częsty dla choroby wrzodowej z siedzibą wrzodu w dwunastnicy lub

odźwierniku żołądka, a nader rzadki w nowotworach żołądka. Brak wolnego kwasu solnego w treści żołądka, można było sobie tłómaczyć wikłającym sprawę bezkwaśnym nieżytem żołądka, powstałym na tle przewlekłego nadużywania przez chorego napojów wyskokowych.

Zastrzec się tu musimy, że spostrzegany przez nas za pierwszym i drugim pobytem chorego w klinice kurcz żołądka nie był bezwzględnie i nie miał nic wspólnego z tak pospolitym i znanym objawem stawiania się żołądka t. j. z energicznemi robaczkowemi ruchami żołądka przy organicznem zwężeniu odźwiernika. Istotnie, zwężenia odźwiernika w naszym przypadku nie mieliśmy, nie wykazywało go nam ani badanie roentgenologiczne ani badanie po próbnej wieczerzy, które nie stwierdzało nawet t. zw. mikroretencji. Odwrotnie w kilku prześwietlaniach, wykonanych w klinice, opróżnianie się żołądka było przyśpieszone, jakto zresztą cechuje bezsoczność żołądkową (*achylia gastrica*). Nie stwierdzono również żadnego powiększenia żołądka, był on raczej mały. Wreszcie przebieg napadu bolu zupełnie nie przypominał tych nieregularnych, od napełnienia żołądka zależnych okresów energicznej perystaltyki, które spostrzegamy u chorych ze zwężeniem odźwiernika. Natomiast wał w nadbrzuszu, który stwierdziliśmy podczas ostatniego pobytu chorego w klinice, nie miał już nic wspólnego z kurczami żołądka. Mieliśmy bowiem przy badaniu pod ręką stale twardy wał, który nie wykazywał znikania i powstawania i tych różnic w napięciu, jak poprzednio. Było to już stałe stwardnienie ściany żołądka przez przerośnięcie tkanką nowotworową. Odpowiednio do tego w tym czasie i bole, jak wynika z wywiadów, straciły także swój poprzedni charakter.

Przypadek nasz więc, jak wykazała operacja, jest przypadkiem raka żołądka. Zasługuje on na uwagę przedewszystkiem ze względu na niezwykłe dla raka żołądka bole głodowe, które wystąpiły u chorego jako pierwszy i główny objaw podmiotowy, a trwały przeszło 11 mies.

Bolesne senzacje są, jak wiadomo, objawem u chorych na raka żołądka bardzo częstym i pospolitym. Natomiast bole żołądkowe są tu nie tak częste (według Rütimeyer'a zaledwie 43%), kardjalgicznych zaś napadów, według Riegl'a, Le Noir i Agasse, prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, co prawda podają bole nadzwyczaj silne, lecz dopiero w późniejszym okresie choroby, gdy, występując czasem napadowo, dochodzą nieraz do stopnia istotnych kryz żołądkowych. Natomiast o bolach głodowych u chorych na raka żołądka mówi, jak wspomniałem, tylko Ortner i R. Schmidt, który wśród 106-ciu historyj chorób opisuje jedyny przypadek raka żołądka (Nr. 68) z bolami głodowemi, podobny co do przebiegu do naszego przypadku. Bole głodowe są zatem objawem nader rzadkim w obrazie raka żołądka i dlatego mało znanym wśród ogółu lekarzy.

W naszym przypadku musimy odrzucić wytłumaczenie tych bolów wrzodem rakowym (*ulcus carcinomatosum*), autopsja bowiem *in vivo* nie daje najmniejszych podstaw do tego. Nie wytłumaczą nam też mechanizmu powstania bolów głodowych w naszym przypadku i inne przyczyny, podane przez poszczególnych autorów dla bolów żołądkowych wogóle, u chorych na raka żołądka w szczególności. Otóż odnośnie do ich powstania, sądzi Rütimeyer, że w większości przypadków raka żołądka są one w związku z wciągnięciem w masę nowotworową otrzewnej lub zależą od zrostów z sąsiedniemi narządami; zresztą uznaje ten autor, że bardzo często przyczyny silnych bolów w dołku podsercowym u tych chorych nie da się wykryć. Le Noir i Agasse przypisują silne bole, zgodnie z Brintonem, zmianom we włóknach nerwowych n. błędnych lub, zgodnie z Andralem, pewnej wzmożonej pobudliwości nerwowej chorych. Pozatem, zdaniem tych autorów, silne bole żołądkowe u chorych na raka żołądka mogą być w związku ze zwężeniem odźwiernika, spostrzega się je bowiem najczęściej w nowotworach odźwiernika, prowadzących do jego zwężenia. R. Schmidt przypuszcza, że bole żołądka u chorych tej grupy mogą zależeć albo od miejscowego przerastania nowotworu lub przerzutów jego do innych narządów, albo od powstania sprawy zapalnej, np. miejscowej, lub ogólnego zapalenia otrzewnej, albo wreszcie od miejscowej sprawy, prowadzącej do zwężenia odźwiernika.

Prawie żadnego z tych zapatrywań nie da się zastosować do naszego przypadku. Istotnie, nasz chory nie wykazywał ani zwężenia odźwiernika, ani zrostów żołądka z sąsiedniemi narządami, ani wciągnięcia otrzewnej w masę nowotworową, ani objawów zapalnych. Prawda, nerwowość grać mogła tu pewną rolę, podnosząc wrażliwość chorego na bole, lecz nie ulega wątpliwości, że w naszym przypadku nie może być mowy o tym czynniku, jako bezpośredniej przyczynie bolów żołądkowych. Powstanie bolów u naszego chorego możemy powiązać jedynie z kurczami żołądkowemi, które, jak przypuszcza i Schmidt, mogą powodować bole już w początkowym okresie raka. Za takiem pojmowaniem przyczyny bolów w naszym przypadku przemawia współczesność spostrzeganych u chorego w klinice kurczów żołądka z podanemi przez niego bolami, dokładniej mówiąc, stwierdzanie przy odczuwanych przez chorego bolach, kurczu żołądka, oraz występowanie u chorego bolów głodowych, gdyśmy doświadczalnie tarciem nadbrzusza sprowadzali u niego kurcze żołądka. Wydaje nam się przeto prawdopodobnem, że i w innych przypadkach raka żołądka bez »anatomicznej« przyczyny silnych bolów, mogą one istotnie powstawać na tle kurczów żołądka. My byliśmy w tem korzystnem położeniu, że wyraźne stwierdzenie kurczów żołądka zwykłem badaniem fizykalnem ułatwiały nam wiotkość powłok brzusznych i słaby rozwój tkanki tłuszczowej. Nie mogliśmy natomiast i my stwierdzić tych kurczów badaniem roentgenologicznem, zapewne tak ze względu na przejściowy charakter tego objawu, jak też i wobec charakteru głodowego bolów, co powodowało zwolnienie kurczu po wprowadzeniu do żołądka potrzebnej do prześwietlenia ilości masy kontrastowej. Zresztą, roentgenologiczne stwierdzenie kurczów żołądka jest wogóle dość rzadkie.

Assman n. p. mógł znaleźć w piśmiennictwie zaledwie kilka przypadków, w których się ono powiodło. Że kurcz żołądka może prowadzić do silnych miejscowych bolów, jest powszechnie znane. Towarzyszy od przedewszystkiem schorzeniom żołądka, zwłaszcza jego wrzodom, oraz schorzeniom innych narządów, szczególnie leżących w jamie brzusznej, i powstaje na tle odruchowem. Kurczami odźwiernika tłumaczy też wielu badaczy bole głodowe, występujące u chorych z wrzodem trawiennym dwunastnicy. Według Müller'a, rozchodzi się tu o działanie kwasu solnego na śluzówkę, a mianowicie, o zadrażnienie przez kwaśną treść żołądkową leżących na dnie wrzodu włókien nerwowych splotu ruchowego (*plexus myentericus*) i o powstaniu tą drogą kurczu pewnego odcinka żołądka, co powoduje ból.

To zapatrywanie Müller'a na powstawanie bolów głodowych drogą działania kwasu solnego na włókna nerwowe nie da się zastosować do naszego chorego, treść bowiem żołądka w naszym przypadku tego kwasu nie zawierała. Zresztą już występowanie bolów głodowych w niektórych przypadkach bezsoczności żołądka (Schmidt) dowodzi, że, przynajmniej, nie wszystkie bole głodowe zależą od działania kwasu solnego, w treści żołądka zawartego. Bole głodowe w naszym przypadku skłonni jesteśmy tłumaczyć kurczami żołądka, które mogły powstawać u naszego chorego na tle drażnienia włókien nerwowych ściany żołądka nowotworem, wrastającym w te ściany i obrastającym te włókna. Podobne pojmowanie jest w harmonji z siedzibą sprawy nowotworowej na krzywiźnie mniejszej, więc w miejscu, w którem przebiegają w ścianie żołądka główne pnie i sploty nerwowe. Rzecz prosta, o naturze tego wpływu nowotworu na włókna nerwowe trudno jest coś pewnego twierdzić. Możliwem jest tu n. p. zarówno działanie mechaniczne, jak i wpływ substancyj, wytworzonych w komórkach nowotworu.

Czem jednak wówczas tłómaczyć w naszym przypadku czasowy i okresowy charakter powstawania kurczów żołądka? We wrzodzie dwunastnicy, jak wiemy, zjawianie się bolów jest w związku z wzrastającą kwasotą treści, znikanie zaś tłómaczy się jej zobojętnianiem przez spożyty pokarm. W naszym przypadku nie możemy, jak zaznaczyłem już wyżej,

przypuścić wpływu kwasoty. Musimy się tu uciec do zmian w stanie napięcia żołądka, czy też do przyjęcia podniet, wychodzących od śluzówki żołądka. Rozumiemy to w ten sposób, że w pewnym okresie trawienia, po opróżnieniu się żołądka z pewnej części jego zawartości, żołądek, ściągając się powoli koło pozostałej treści, osiąga wreszcie ten stopień napięcia ścian i przesunięcia ich elementów względem siebie, który wywiera na sploty nerwowe w ścianie żołądka, uległe pewnym zmianom, chociażby tylko czynnościowym, działanie podniecające, a to pociąga za sobą kurcz żołądka. Wprowadzony w tym okresie nowy pokarm usuwa ten stopień napięcia ściany żołądka, który wywoływał jego kurcz, i przez to łagodzi i znosi bole.

Streszczając zatem nasze spostrzeżenie, przychodzimy do wniosku, że:

1) u chorych na raka żołądka mogą występować przez długi okres czasu tylko bole o charakterze bolów głodowych, zjawiając się już w bardzo wczesnym okresie choroby;

2) podłożem tych bolów mogą być kurcze żołądka;

3) kurcze żołądka u chorych na raka żołądka nie są objawem odosobnionym, są one bowiem tego samego rodzaju, co i wspomniane wyżej odruchowe kurcze, które spostrzega się w szeregu innych chorób, zwłaszcza jamy brzusznej, szczególnie zaś w schorzeniach żołądka.

**Piśmiennictwo.**

1) Ortner: Klinische Symptomatologie inn. Krankh. I. Band., I. Teil. Wien 1921. — 2) Rütimeyer: Hdb der inn. Med. von Stächelin u. Mohr. Berlin. 1918. — 3) Riegel: Nothnagel Spez. Path. u. Ther. Bd. XVI. T. II. Wien 1896. — 4) Le Noir et Agasse Lafont: Nouveau Traité de Médecine Fasc. XII. Masson. Paris. 1923. — 5) Rütimeyer: Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. V. Bd. I. Teil. Wien. 1921. — 6) L. R. Müller: Über Magenschmerzen und deren Zustandekommen. Münch. med. Woch. 1919. Nr. 23. — 7) Assman: Klinische Roentgendiagnostik 1924. — 8) R. Schmidt: Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. Wien. 1911. — 9) R. Schmidt: Schmerzphänomene bei in. Krakh. Wien. 1920.

---

Dr. Józef SMOLIŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

## Przyczynek do klinicznej serodjagnostyki nowotworów złośliwych.

Z kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. dr. R. Rencki.

Uleczalność raka zależy w znacznym stopniu od rychłego jego rozpoznania i to w okresie, w którym guz nie doszedł jeszcze do zbyt wielkich rozmiarów, nie wytworzył przerzutów, nie uogólnił się i stał się bezwartościowym dla leczenia roentgenologicznego lub chirurgicznego. Nic więc dziwnego, że starania lekarzy dążą do wyszukania sposobów jak najwcześniejszego rozpoznania właściwego cierpienia. Wymienianie wszystkich metod, zmierzających do tego, nie jest celem niniejszej pracy. Mam bowiem zamiar tylko pokrótce omówić próbę najświeższą, opierającą się na zupełnie nowej zasadzie rozpoznawania raka, i to w tym okresie, w którym inne metody nie dają jeszcze żadnych konkretnych wyników. Jest nią metoda podana przez Rogera Fischera z Genewy, a w Polsce — o ile mi wiadomo — jeszcze zupełnie nieznana. Polega ona na wystąpieniu wczesnych zmian w układzie i stosunku globulin i albumin w surowicy chorych na raka.

Albuminy i globuliny stanowią — jak wiadomo — najważniejsze dwa składniki białka w organiźmie zwierzęcym. Różnią się one współczynnikiem refrakcyjnym, punktem koagulacji, rozpuszczalnością, wpływem na napięcie powierzchniowe, wreszcie stopniem dysperzji. Przez wysalanie udało się dotychczas podzielić globuliny na 2, 3, a nawet 4 frakcje, jak świadczą o tem ostatnie badania Freuda i Joachima. Gueberowi i Schultzowi udało się wyosobnić dwie frakcje zapomocą krystalizacji. Jak wielkie znaczenie mają w życiu ustroju globuliny, dowodzą badania Molla nad ich procentową zawartością w surowicy zwierząt uodpornionych na wpływ białka obcego. Stwierdził on, że w surowicy tej jest ilość globulin bardzo wybitnie wzmożona. A więc zdrowy odporny ustrój dysponuje licznemi globulinami. Natomiast ustroje głodzone, skrwawione, żywione jednostronnie mięsem mają tylko w części przewagę albuminów. Przyznać jednak trzeba, że badania wykonane w tym kierunku przez Lewińskiego, Giethensa, Henry'ego i Mayera nie wykazują jeszcze zgodnych wyników, a dużo w tem winy różnych metod, któremi się badacze posługiwali oraz warunków odmiennych, w których pracowano.

Nas mniej obchodzą tutaj procentowe różnice w stosunku globulin do albumin, natomiast interesują nas tem więcej różnice w układzie wzajemnym obu tych białek, w ich, że tak powiem, plastycznem ugrupowaniu.

Albowiem w prawidłowej surowicy otaczają globuliny jakoby wałem ochronnym albuminy, a prawidłowy układ ten zwie Fischer »prostacją«. Natomiast w surowicy rakowatej ten ochronny pierścień albo wcale nie istnieje (n. p. w zastarzałych przypadkach). albo jest przerwany lub nieszczelny (w początkach cierpienia rakowatego).

Odczyn polega więc na wykorzystaniu tych zmian w układzie i stwierdzeniu naruszonego pierścienia globulinowego czyli zaburzonej prostacji.

Fischer stwierdził, że żelatyna, rozpuszczona w stosunku 2/1000 w rozczynie (9/1000) NaCl nadaje się wyśmienicie do tego celu. Żelatyna bowiem ma własności uodporniające globuliny względem koagulującego białko alkoholu, tak, że wystąpienie zmętnienia strątowego jest wyraźnie utrudnione. Zachodzi to jednak tylko wówczas, jeśli pierścień globulinowy jest nienaruszony, w przeciwnym razie powstaje reakcja właściwa dla albumin, a więc wręcz odwrotna do poprzedniej. Na podstawie tego rozumowania przedstawia się Fischerowska metoda następująco:

Do dwóch probówek przemytych wpierw alkoholem, przepłukanych rozczynem fizjologicznym i doskonale wysuszonych, wpuszcza się po 0,30 cm³ badanej surowicy. Następnie dodaje się do pierwszej 0,13 cm³ owego wyżej wspomnianego rozczynu żelatynowego, do drugiej zaś tyleż czystego roztworu (9/1000) NaCl. Po skłóceniu wkrapla się do obu po 0.12— 0.15 cm³ 97% alkoholu i skłóciwszy jeszcze raz, wstawia się obie probówki na czas pewien do łaźni wodnej o 37° ciepłoty. Wreszcie odczytuje się wyniki, porównując ilość strącouego białka w obu epruwetkach. Jeżeli strąt stwierdza się w probówce pierwszej (z żelatyną), a w drugiej go brak, to mówimy o wyniku dodatnim, ponieważ prostacja była zaburzona i alkohol mógł z łatwością strącić nieosłonione albuminy. Jeżeli natomiast w probówce drugiej jest strąt lub ślad tegoż, a w pierwszej, brak go zupełnie, jest to dowodem, że żelatyna ochroniła globuliny przed koagulacją w probówce pierwszej, że temsamem prostacja jest niezaburzona czyli, że surowica jest prawidłowa.

W niejasnych przypadkach radzi Fischer wykonać dodatkową próbę kontrolną tylko w odmiennem stężeniu płynów, i tak: surowicy 0,30 cm³, rozczynu żelatynowego, względnie do drugiej probówki roztworu fizjologicznego 1.0 cm³, wreszcie alkoholu 0.60 cm³. W przypadkach, w których w obu probówkach stwierdza się strąt, należy osady zważyć na wadze analitycznej i porównać wyniki. Jeżeli kilkakrotnie z rzędu ten odczyn da wynik ujemny, można — twierdzi Fischer — spokojnie wykluczyć rozwijającego się w ustroju raka.

Badając metodą powyższą surowice chorych na raka, zauważyłem, że już przy dodawaniu alkoholu do probówki można przewidzieć wynik. Albowiem przy dodawaniu drobnemi kroplami alkoholu na przemian do obu mieszanek, spostrzegałem powstawanie strątu wpierw w tej probówce, w której później po wyjęciu z łaźni stwierdzałem zwiększony osad.

Spostrzeżenie to skłoniło mnie do zmodyfikowania oryginalnej metody Fischera w tym sensie, że do dwóch równych co do przekroju probówek daję po 4 krople surowicy i rozcieńczam to 8 kroplami rozczynu żelatyny względnie fizjologicznego, kłócę następnie dobrze i poczynam jak najmniejszemi kroplami dodawać 97% alkoholu na przemian po kropli do obu probówek [1]). Obserwuję teraz w któ-

---

[1]) Używałem do wkraplania zawsze tych samych wkraplaczy osobnych dla poszczególnego płynu. Rozczyn żelatynowy często odświeżałem, ponieważ ulega on szybko rozkładowi gnilnemu. Badałem tylko surowice tuż po ich wyosobnieniu się z krwi — najpóźniej w 24 godziny po pobraniu — ponieważ dłuższe stanie powodować może samoistne przechodzenie albumin w globuliny — jak to zresztą wykazał roku zeszłego Guttzeit.

rej probówce wpierw wystąpi pierścień białkowego strątu i wnioskuję z wyniku identycznie do oryginalnej metody Fischera. Metoda ta daje mi nietylko możność szybkiego rozpoznania raka, lecz i ocenienia postępu, jaki cierpienie to poczyniło w ustroju.

| Ilość zbadanych przypadk. | Rozpoznanie kliniczne | Ilość wyników | | Uwagi |
|---|---|---|---|---|
| | | dodatnich | ujemnych | |
| 15 | Nowotwory złośliwe (stwierdzone drobnowidem) | 14 | 1 | wynik ujemny w przypadku początkowego nowotworu trzustki |
| 25 | Nowotwory złośliwe (stwierdzone klinicznie) | 17 | 8 | |
| 11 | Charłactwo | 6 | 5 | dwa przypadki o wyniku dodatnim wykazały białkomocz |
| 10 | Kiła | 1 | 9 | przypadek dodatni z obrzękami i białkomoczem |
| 8 | Niedokrewność | 5 | 3 | wynik dodatni dały 2 przypadki niedokrewności złośliwej a 3 wtórnej po krwotokach; wynik ujemny dały 3 przypadki niedokrewności złośliwej |
| 10 | Wrzód trawienny | — | 10 | |
| 20 | Przypadki kontrolne | — | 20 | (Bronchitis; emphysema; myalgia; neurosis cordis i t. p. rozpoznania ambulatoryjne) |
| 25 | Ciąża (od 3 — 9 miesiąca) | 25 | — | |
| 10 | Dzieci (poniżej lat 9) | 10 | — | |

Jeśli bowiem już po 2—3 kropelkach alkoholu wytworzy się pierścień w probówce z żelatynowym roztczynem, to wnioskować mogę, nie bez słuszności, że mnóstwo albuminów pozbawionych jest ochronnego puklerza globulinowego, że temsamem sprawa rakowa jest już daleko posunięta. Jeśli natomiast pierścień ukaże się równocześnie w obu probówkach lub w 1 kroplowym odstępie, to prostacja jest w równowadze chwiejnej i należy po pewnym czasie przeprowadzić badanie powtórne. Powstawanie wpierw strątu w probówce z rozczynem fizjologicznem wykluczyć powinno zupełnie raka, w myśl oryginalnych rozumowań Fischera.

Zbadałem w ten sposób ogółem sto kilkadziesiąt surowic, robiąc od czasu do czasu kontrolno-porównawcze badania oryginalną metodą Fischera, zgadzające się w zupełności z wynikami mojej modyfikacji.

Wyniki badań podaję na tablicy. Widać z niej, że dodatni wynik próby nie jest wyłączną właściwością surowic rakowatych. Gdy się jednak uwzględni wyniki badania w różnych chorobach, to przecież uderza wielka ilość dodatnich wyników w przypadkach nowotworowych. Tak wielkiej ilości dodatnich odczynów, jak w nowotworach, nie stwierdziłem w żadnej innej chorobie. Pewne zastrzeżenie uczynić jednak należy co do niedokrewności i stanów charłaczych, jakoteż co do stanów, połączonych z utratą białka drogą moczu. Niewielka jednak ilość przypadków pod tym względem zbadanych nie pozwala mi na wysnucie wniosków ostatecznych.

Natomiast, co się tyczy ciąży, to wszystkie przypadki wykazały wprawdzie zaburzoną prostację, dotyczyły jednak ciąży, dającej się rozpoznać także innemi sposobami. Nie mogą więc fakta te stanowić poważnej przeszkody dla należytej oceny wartości klinicznej metody omawianej.

Podobnie odnosić się trzeba także do wyników, uzyskanych w badaniach moich u dzieci.

Przytoczyć jeszcze muszę 4 przypadki potwierdzone mikroskopem, nowotworów narządu oddechowego, w których wynik odczynu tak oryginalnego, jak również zmodyfikowanego, był wybitnie dodatni. Natomiast dwa dalsze przypadki z tem samem rozpoznaniem klinicznem, w których jednak odczyn wypadł ujemnie, okazały się jeden naciekiem, rozchodzącym się pod wpływem gorących okładów, w drugim wydobyto ropę.

Zmodyfikowany odczyn Fischera jest więc odczynem, polegającym na zaburzeniu w ugrupowaniu białka, a że to zależne jest od bardzo wielu czynników, nie jest więc rzeczą dziwną, że nie tylko nowotwory złośliwe, ale szereg innych stanów może odgrywać rolę w powikłanych zjawiskach biologicznych, mających niewątpliwie wpływ na wynik tej próby. I tak, uwzględniając na razie choćby tylko jedną myśl, rzucającą się w oczy przy krytycznym przeglądzie niniejszej pracy zauważyć nie sposób, że odczyn dodatni pojawia się wszędzie tam, gdzie ustrój zmuszony jest w mniejszej lub większej mierze wciągać do pracy niedostatecznie jeszcze rozwinięte, a życiowo nader silnie wyposażone komórki, by wypełnić niemi lukę, wywołaną przez stany chorobowe.

Że wspomniana myśl, wnikająca w głębie chemizmu ustrojowego, jest podkładem dla wyjaśnienia pozornych wad metody, niech udowodnią przykłady, dowodzące wspólności biologicznej na pierwszy rzut oka stanów rozmaitych, mających znaczenie w tych razach, w których wynik próby nie pozwala na postawienie całkiem pewnego rozpoznania. Ciąża, w której tworzy się w łonie matki młody ustrój, wpływa n. p. na chemizm, podobnie jak stan, w którym w ustroju tworzy się wiele, młodych wprawdzie, lecz patologicznych komórek. Niedokrwistość, wywołana ujemnym wpływem różnych znanych i nieznanych chorób, jest czynnikiem powodującym w układzie erytroblastycznym lukę, którą ustrój stara się wypełnić choćby jeszcze za młodemi komórkami. I tu znów zjawia się odczyn, podobny do powyższych, aczkolwiek w klinicznem znaczeniu odmienny, to jednak biologicznie im bliski. Podobnie zarysowuje się obraz i w zaburzeniach w układzie leukoblastycznym. Ustrój wyczerpany ciężką chorobą, wyniszczony starością, ze zmienionym chemizmem, jak długo żyje, musi się ratować; niewątpliwie zachodzą w nim także pewne odczyny, starające się ten chemizm zmienić, odświeżyć. A choćby to było uniemożliwione w skutkach z powodu charłactwa, to jednak sygnały tej rozpoczętej czynności obronnej można spostrzec w podobieństwie odczynu wspólnego dla wymienionych stanów.

Za daleko prowadziłyby dalsze na ten temat wywody, ograniczę się więc do zarysowania ich dalekich horyzontów, by dojść narazie do praktycznych wyników, stwierdzających: żo, jeśli w przypadku, nie dającym się zaliczyć do żadnych z powyżej wymienionych grup, wystąpi powyżej opisany odczyn, może on mieć, obok innych metod, ważne znaczenie djagnostyczne w sprawach rakowych.

**Piśmiennictwo.**

1) Fischer R. Equilibre colloïdal du sérum sanguin. Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biologie. Séance du 17 Juin 1922. — 2) Tenże Equilibre colloidal de sérums. Comptes rendus. Séance du 28 Octobre 1922. — Tenże. II. Réaction du serum sanguin permettant. Bull. de l'Acad. de Méd. Nr. 3. 1923. — 4) III. Recherches biologiques sur les sérums. Bull. de l'Acad. de Méd. Nr. 38. 1923.

Dr. med. Z. GRODZKI, asystent kliniki. Warszawa.

## Przyczynek do autohemoterapji nowotworów rakowatych.

(Z I. kliniki chorób wewnętrznych U. W. Dyrektor prof. A. Gluziński.

Próby leczenia ludzi, dotkniętych nowotworami złośliwemi, wstrzykiwaniami krwi lub surowicy krwi, pobranej od zwierząt, są bardzo liczne i znane już oddawna. Między innymi Bier wstrzykiwał w okolicy guza lub w sam guz odwłóknioną krew baranią, również i wieprzową, Hofbauer zaś surowicę wołową. W Polsce Brunner (1) i Świątecki stosowali surowicę krwi zwierząt, którym poprzednio wprowadzono pod skórę zmieniony rakowato gruczoł chłonny. Wyniki nie były zbyt zachęcające. W ostatnich czasach Wetterer (3) stosował wstrzykiwania surowicy krwi, pobranej od najbliższej rodziny chorego.

Próby autohemo- i autoseroterapji należą do względnie świeżych. Vidal, Abrami i Brissaud (4), stosując autohemoterapję, mieli otrzymywać względnie dodatnie wyniki w rakach skóry, wyrażające się w nietrwałem zmniejszeniu się nowotworów i nietrwałej poprawie stanu ogólnego.

Gaudier, jak rówież Chauvin i Bee (5), stosowali autoseroterapję, a wyniki osiągnięte przez nich nie różniły się od wyników poprzednich autorów francuskich. Po krótkim okresie zmniejszania się bólów i poprawy stanu ogólnego, choroba rozwijała się dalej.

W Polsce dość szeroko, lecz z tymże wynikiem, stosował autohemoterapję Krokiewicz (2). Autor jednak wnioskuje, że stosowanie autohemo- i autoseroterapji po radykalnej operacji może zapobiec nawrotom.

W lipcu 1923 r. na posiedzeniu »*Société de gastroenterologie de Paris*« — Moutier, Lamy i Rachet (6) ogłosili wyniki swych prób autohemo- i autoseroterapji w przypadkach raków przewodu pokarmowego. Stosowali oni zabiegi w 17 przypadkach (1 rak przełyku, 11 żołądka, 5 prostnicy). W 6 przypadkach stosowali wstrzykiwania surowicy, w 11 pozostałych, wstrzykiwania krwi, które, zdaniem autorów, mają być skuteczniejsze.

Chociaż we wszystkich przypadkach autorzy spostrzegali wyraźną podmiotową poprawę, jak również zmniejszanie się guza, to jednak tylko w 5 przypadkach wyniki możnaby zaliczyć do dobrych, mianowicie guzy zmniejszały się do tego stopnia, że dało się to stwierdzić nietylko za pomocą Roentgena, lecz zwykłemi sposobami badania, ogólny zaś stan chorych i czynność narządów, dotkniętych nowotworem, poprawiły się o tyle, że chorzy powrócili do pracy zawodowej. Te ostatnie 5 przypadków, jak również 5 innych, spostrzegali autorzy w ciągu kilku miesięcy po ukończeniu zabiegów.

W przypadkach autohemoterapji autorzy wstrzykiwali podskórnie od 5 do 10 cm³ krwi, pobranej z żyły przegubu łokciowego. Wstrzykiwania stosowano codziennie, lub co 2-gi, 3-ci dzień, zależnie od odczynu ogólnego i miejscowego.

Autorzy, jak również Loeper, tłumaczą dodatnie działanie tych zabiegów powstawaniem w ustroju swoistych przeciwciał i zwiększeniem siły zaczynów. Loeper radzi przed rozpoczęciem wstrzykiwań stosować naświetlanie radem, rad bowiem zwiększać ma we krwi ilość erepsyny, jak również ciał białkowych (globulin), pochodzących z nowotworu.

Zachęcony przez prof. Gluzińskiego, skorzystałem z odpowiedniego materjału klinicznego, przystąpiłem do prób stosowania autohemoterapji w nowotworach złośliwych. Zabiegi te wykonałem na 15 chorych (5 rak żołądka, 2 rak żołądka i wątroby, 2 przełyku, 2 sutek, w tem 1 z przerzutami do skóry, 1 macicy, 1 twarzy, 1 wargi dolnej, 1 mięsak limfatyczny śródpiersia). Wstrzykiwałem co 2-gi, 3-ci dzień, począwszy od 5 cm³ i stopniowo doprowadzając ilość wstrzykiwanej krwi do 10 cm³. Badałem przytem stale ciepłotę, tętno, parcie tętnicze, czas krwawienia, krzepliwość krwi, osmotyczną odporność czerwonych krwinek, odczyn Biernackiego i stan morfologiczny krwi, a mianowicie przed wstrzyknięciem, w 15 minut i w godzinę po zabiegu, powtarzając częstokroć te badania po wielokrotnem zastosowaniu wstrzyknięć. Chorzy w czasie badań byli naczczo.

Niestety stwierdzić muszę, że nie osiągnąłem wyników leczniczych zachęcających. W 4 przypadkach raka żołądka (wątroby choroba) szybko postępowała i chorzy zmarli, w klinice, przyczem sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie, reszta zaś chorych wypisała się bez widocznej przedmiotowej poprawy. W jednym tylko przypadku raka sutek (*scirrhus*) z przerzutami do skóry zauważyłem wyraźne zmniejszenie się guza w sutkach po zastosowaniu 10 wstrzyknięć. Musiałem jednak przerwać w tym przypadku dalsze zastrzykiwania z przyczyny odemnie niezależnej.

Poprzedni autorzy (7) po wstrzykiwaniach obserwowali często silny odczyn ze strony ustroju chorych a objawiający się znacznem podwyższeniem ciepłoty, dreszczami, obniżeniem parcia tętniczego, dusznością, bólami głowy i w krzyżu, nudnościami i t. d., co uważają za wstrząs hemoklazyczny.

Mino (8) objaśnia to tem, że krew w strzykawce ulega częściowemu skrzępnięciu, a wstrzyknięcie takiej krwi może spowodować wymienione objawy. Przez zastosowanie strzykawki, pokrytej od wewnątrz warstewką parafiny, można, według doświadczenia Mino, uniknąć tych zaburzeń w dużej mierze.

W przypadkach moich nie widziałem wcale znaczniejszych odczynów ze strony ustroju chorego, aczkolwiek używałem zwykłej, nieparafinowanej strzykawki. Ciepłota podwyższała się nieznacznie, tętno, parcie tętnicze również większych wahań nie wykazywało. Tylko w jednym przypadku, mianowicie raka policzka, obserwowałem podwyższenie ciepłoty do 39.8° C., tętno do 102, przy parciu tętniczem obniżonem o 14 mm Hg. Zjawiło się również silne zaczerwienienie skóry w okolicy owrzodzenia, ropienie zwiększyło się, stan ten trwał przez 2 dni.

Co się tyczy krzepliwości krwi (metoda Achard-Binet) to była ono w moich przypadkach prawie zawsze przyspieszona już przed zabiegiem, w 15 minut po wstrzyknięciu występowała ona jeszcze szybciej, po godzinie słabiej, będąc wszakże bardziej przyspieszoną, niż przed zabiegiem. Czas krwawienia, nieco dłuższy, niż w normalnych przypadkach, większym wahaniom nie ulegał, jak również szybkość opadania krwinek, która wogóle była przyspieszona.

Wyraźniejsze wyniki otrzymałem, badając osmotyczną odporność czerwonych krwinek (metoda Ribier'a). Znanem jest oddawna, że krwinki czerwone rakowatych są bardzo odporne na hypotoniczne roztwory soli kuchennej. W moich przypadkach osmotyczna odporność przedstawiała się — Mn granica 0,54—0,048% NaCl, Mx granica 0,36—0,16% NaCl. Po wielokrotnych wstrzyknięciach Mn granica nie uległa prawie zmianie, natomiast stwierdziłem wyraźne obniżenie Mx granicy, która w kilku przypadkach osiągnęła 0,14—0,12% NaCl. Fakt ten był podkreślany między innymi i przez Oczesalskiego i Sterlinga, którzy, wstrzykując królikom przeważnie ich własną krew, stwierdzili zwiększenie się odporności czerwonych krwinek.

Morfologiczny stan krwi zmieniał się o tyle, że w 15 minut po wstrzyknięciu zwiększała się znacznie ilość białych ciałek krwi, po godzinie ilość ta spadała, będąc wszakże wyższą, niż przed zabiegiem. W 5 przypadkach zauważyłem w 15 minut po wstrzyknięciu wyraźne przesunięcie na korzyść jednojądrzastych i kwasochłonnych. W 6 ciu przypadkach po dłuższem stosowaniu zabiegów stwierdziłem wyraźne zwiększenie się ilości hemoglobiny i czerwonych krwinek we krwi chorych. Prawdopodobnie jest to główna przyczyna lekkiej podmiotowej poprawy tych chorych. Jak wiadomo, hemoterapja i autohemoterapja miała i ma zastosowanie w leczeniu ciężkich niedokrewności.

We wszystkich przypadkach stosowałem również rozpoznawczy na raka odczyn Botelho. W 12 przypadkach wypadł on wybitnie dodatnio, w 3-ch pozostałych — niewyraźnie. Stosowana autohemoterapja na jakość tego odczynu wpływu nie wywarła.

**Piśmiennictwo.**

1) Brunner: Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej (Medycyna 1896). — 2) Krokiewicz: Autohemoterapja, a raki (Rocznik lekarski 1912). — 3) Wetterer: Neue Gedanken zur Therapie des Carcinoms). D. M. W. 1922 Nr. 15). — 4) Vidal, Abrami et Brissaud: L'auto-

anaphylaxie, son rôle dans hemoglobinurie (Sem. med. 1913. p. 616). — 5) Chauvin et Bec: L'autosérothérapie dans le traitement du cancer (Progrès medical 18. II. 1923). — 6) Moutier, Lamy et Rachet: L'autoséro- et l'autohémothérapie dans cancers de l'appar digest. (Arch. des maladies de l'appar. digest. 1923 t. XIII. N. 8.). — 7) Moutier et Rachet: Incidents et accidents de l'autohémotherapie (La presse medic. 1923. N. 65.). — 8) Mine: Hémothérapie et crise hémoclasique (La presse medic. 1923. N. 90).

Dr. Fr. NARÓG, asystent kliniki. Lwów.

## Bezbarwny mięsak okołonaczyniowy tęczówki (leukosarcoma perivasculare, peritheliale, iridis) z następowym zanikiem gałki ocznej.

Z Kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Z pośród mięsaków układu naczyniowego oka najrzadsze są mięsaki tęczówki. Według Fuchsa na 25.000 chorych ocznych przypada 259 przypadków mięsaków na cały układ naczyniowy oka, a z nich 16 na tęczówkę. Według Gołowina, stosownie do zestawienia klinik ocznych uniwersytetu moskiewskiego, noworosyjskiego, przypada na 11 tysięcy chorych jeden mięsak tęczówki. Na tutejszej klinice przypada w przybliżeniu na 15 tysięcy chorych 1 mięsak tęczówki. Z całego piśmiennictwa wszechświatowego udało się Wali-Chanowi zebrać do r. 1923 142 przypadków mięsaków tęczówki. Z pośród ogólnej liczby mięsaków tęczówki wyszczególnia on 31 mięsaków bezbarwnych, opisanych do r. 1914, Teulieres M. w r. 1922 podaje, że ogłoszono dotychczas w piśmiennictwie 29 przypadków mięsaków bezbarwnych tęczówki. Liczba ta zatem odpowiadałaby rzeczywistości. Jeżeli do liczby 31, podanej przez Wali-Chana, wliczymy jego przypadek, to nasz przypadek byłby 33 z rzędu, jako mięsak bezbarwny tęczówki. Jeżeli do ogólnej liczby mięsaków tęczówki, podanej przez Wali-Chana, wliczymy 4 przypadki mięsaków barwikowych Heinego i przypadek Brunera, ogłoszonych później, otrzymamy wogóle 148 przypadków mięsaków tęczówki, ogłoszonych do roku 1924. Widzimy zatem, że mięsaki tęczówki stosunkowo są rzadkie, a jeszcze rzadsze są mięsiaki bezbarwne. Nowotwory te wzbudzają zainteresowanie nietylko z powodu rzadkości, ale przedewszystkiem z powodu sposobu powstania, klinicznego przebiegu i obrazu anatomiczno-patologicznego. Nasz przypadek jest szczególnie ciekawy ze względu na wiek osobnika, na charakterystyczne ułożenie się komórek dookoła naczyń i na stosunek nowotworu do samej gałki. W piśmiennictwie dostępnem nie stwierdziłem mięsaka tęczówki, powodującego zanik gałki. Zatem nasz przypadek uwydatnia się tem silniej, że zachodzi rozległy rozpad nowotworu, połączony ze zniszczeniem gałki i z pobudzeniem wskutek stanu zapalnego naczyniówki do wytwarzania tkanki kostnej. Wskutek zupełnego zniszczenia tęczówki i soczewki i rozległych mas martwiczych trudno było osądzić na podstawie obrazu drobnowidowego punkt wyjścia nowotworu. Dopiero odszukana historja choroby z przed roku, od chwili wyjęcia gałki, kiedy to prof. Bednarski w Szpitalu Św. Zofji miał sposobność spostrzegać chorego w samym początku wytworzenia się guzka na tęczówce, rzuciła właściwe światło na powstawanie nowotworu.

Dziecko M. Sch. 1 rok, przyjęto 28. VIII. 1921 do Szpitalika Św. Zofji. Matka zgłosiła się z niem, gdyż od kilku dni oko prawe poczerwieniało. Na oku prawem stwierdzono rzęskowe nastrzykanie przy brzegu rogówki. Pod lupą był widoczny w odcinku dolno-zewnętrznym żółtawy guzek unaczyniony. Ucisk wśródoczny podwyższony. Rozpoznano: Jaskrę następową i guzek tęczówki. Próba na odczyn Wassermanna wypadła ujemnie. Matka nie chciała zgodzić się na zabieg operacyjny, więc wydalono dziecko w dniu 10. IX. 1921. Po upływie roku w dniu 20. XII. 1922 ponownie zgłosiła się matka z chorym do szpitalika. Prawdopodobnie z obawy, że dziecko nie przyjmą z powodu niezgodzenia się poprzedniego na operację, nie przyznała się do pierwotnego pobytu dziecka w szpitaliku. Na jego historję choroby wpadłem przypadkowo, szukając podobne przypadki. W chwili ponownego zgłoszenia się chorego spojówka oka prawego była rozlanie nastrzykana, oko w całości było pomniejszone, bolesne, wybitne obniżenie ucisku t—2, rogówka matowa, szaro-żółto nacieczona w głębszych warstwach, głębsze części oka niewidoczne. Rozpoznano: Zanik gałki bolesny (zapalenie jagodówki) oka prawego. W dniu 20. XII. 1922 wyjęto gałkę oczną.

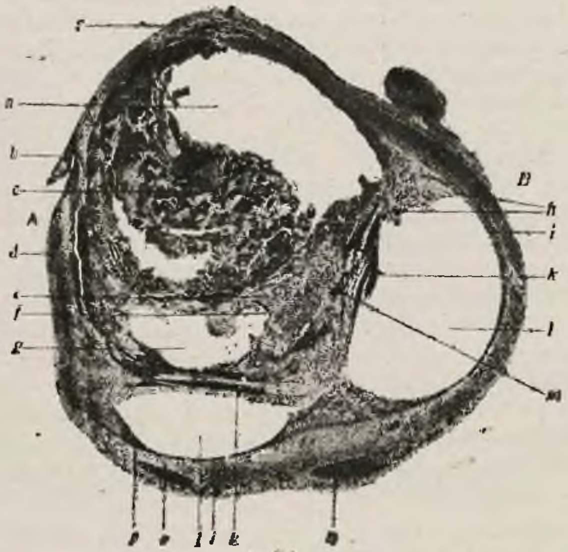
Obraz makroskopowy utrwalonej gałki: Gałka oczna w całości pomniejszona, spłaszczona w wymiarze przednio-tylnym, który wynosi 18 mm, wymiar równikowy wynosi 20 mm. Rogówka i twardówka nie wykazują żadnych ubytków. Przy przepoławianiu gałki w osi poziomej przez mięsień prosty zewnętrzny zauważono kość wewnątrz gałki. Na przekroju widać pod lupą, że całą przednią część gałki, aż po równik, wypełnia szaro-rdzawa masa. W okolicy równika biegnie przez gałkę poprzecznie szaro-ciemne pasmo tkanki łącznej. W okolicy nerwu ocznego jest oderwanie siatkówki. (Ryc. 1. l.). Po odwapnieniu gałki w roczynie Haug'a zrobiłem preparaty colloidynowe z przekroju całej gałki w osi poziomej przez mięsień zewnętrzny i rogówkę, a następnie częściowe po przepołowieniu przez środek rogówki i nerw oczny. Prócz tego sporządziłem preparaty parafinowe z przekrojów nerwu ocznego i części bocznych gałki. Preparaty barwiłem hematoksyliną i eozyną, na nerw zaś błękitem niebieskim.

Obraz drobnowidowy. W krótkości obraz drobnowidowy preparatów, przeglądniętych przez prof. Nowickiego i dr. Schusterównę, wykazuje, że nowotwór zajął całą przednią część gałki, sięgając aż poza równik gałki. Tęczówka i soczewka uległy w całości rozpadowi. Wnętrze gałki wypełniają w przedniej połowie masy martwicze (Ryc. 2. a., Ryc. 1. a., g.) z obfitemi blademi ciałkami krwi, z naciekiem drobno-komórkowem dokoła ognisk martwiczych. Wśród tych mas charakterystyczne jest ułożenie komórek nowotworowych, silnie barwiących się niebiesko, promienisto dokoła naczyń (Ryc. 1. c.) w postaci kół. Ułożenie to przypomina nieco utkanie glejaka. Komórki nowotworowe zniszczyły błonę Descemeta i wciskają się do wewnętrznych warstw rogówki. Ciałko rzęskowe uległo po stronie wewnętrznej rozpadowi, widoczne są tylko poszczególne włókienka przerosłe wśród masy komórek nowotworowych. Po stronie skroniowej widać jeszcze zbite włókna mięśnia rzęskowego, nowotworowo naciekłe. Siatkówka z przodu na przekroju poziomym przez środek gałki zupełnie jest zniszczona przez nowotwór, w przekrojach do niego równoległych, ku górze poprowadzonych przez rąbek rogówkowo-twardówkowy, pozostała częściowo utrzymana blaszka szklista z nabłonkiem barwikowym miejscami z warstwą barwikową przy naczyniówce (Ryc. 1. p.). Brodawka nerwu ocznego wykazuje nieznaczne zapalne nacieczenie drobnokomórkowe (Ryc. 1. n.).

Naczyniówka z przodu jest częściowo silnie zgrubiała, łączno-tkankowa przerosła z masami nowotworowemi i z zatartym obrazem poszczególnych warstw, częściowo oderwana. W tylnym odcinku gałki wykazuje ona tylko zmiany zapalne (Ryc. 1. i.). Największe zgrubienie naczyniówki, nowotworowo nacieczonej, dosięgające 5. krotnego powiększenia stanu prawidłowego, jest po stronie wewnętrznej, w okolicy ciałka rzęskowego (Ryc. 1. d.), skąd stopniowo staje się ona cieńszą i kończy się w postaci ostrego klina poza równikiem (Ryc. 1. p.). Wklinowanie się to między siatkówką a twardówką jest bardzo widoczne na przekrojach obwodowych, gdzie w najświeższych ogniskach przy zajęciu naczyniówki, siatkówka jest wolna od nowotworu, a na błonie szklistej kończą się komórki nowotworowe i wcale jej nie naruszają. Po stronie zewnętrznej jest obraz zatarty wskutek rozpadu nowotworu. W okolicy równika ciągną grube pasma tkanki łącznej w poprzek gałki, nowotworowo przerosłe ku przodowi (Ryc. 1. k.) z częściami oderwanej naczyniówki i barwika tęczówki z przedniego odcinka gałki. Wśród nich jest widoczny bardzo obfity barwik, w postaci zlanych mas, kul i ziarenek barwikowych, leżący wśród włókienek i komórek łączno-tkankowych, w chromatoforach i dużych komórkach fagocytarnych. Komórki gwiaździste naczyniówki są dość liczne. Włókienka uległy częściowo zwyrodnieniu szklistemu. W środku gałki, prawdopodobnie wśród zrostów, oderwanej »choriocapillaris« widoczny jest typowy zawiązek tkanki kostnej (Ryc. 1. m.), Przejście z tkanki łącznej w tkankę kostną jest wyraźnie zaznaczone. Prócz tego jest widoczny wśród zrostów w środku gałki ślad mięśnia zwężającego źrenicę tęczówki (Ryc. 1. f.) i resztka torebki soczewkowej (Ryc. 1. e.) jest skurczona i pofałdowana. Twardówka jest w całości zgrubiała, surowiczo naciekła, naczynia porozszerzane. Miejscami włókna barwią się słabo, i mają przebieg silnie falisty; są one porozdzielane naciekami drobnokomórkowemi, wciskającemi się pasemkowato między włókna twardówki. W okolicy naczyń widoczne są miejscami ogniska nowotworowe, które wciskają się między włókna twardówkowe. Największe ognisko jest po stronie wewnętrznej w okolicy równika wzdłuż żyły, odpowiednio do dużego zgrubienia naczyniówki nowotworowo przerosłej (Ryc. 1 o.).

Pod powiększeniem D. widzi się, że komórki nowotworowe są przy ich wielkiej różnopostaciowości przeważnie okrągłe, bez barwika, z wielkiem jądrem. W naczyniówce i wśród zrostów przybierają one postać wielobiegunową, przypominającą komórki wśródbłonkowe, czasami podłużną. Widoczne są gdzieniegdzie komórki o dwóch jądrach i komórki z obrazem podziału jąder (*karjokinesis*), o połowę większe od komórek zapalnych wielojądrzastych. Bardzo charakterystyczny jest ich

układ miotełkowaty i promienisty dokoła naczyń, w miejscu odpowiadającem tęczówce, na tle mas martwiczych i wylewów krwawych, natomiast w warstwie Hallera i Sattlera obraz zaciera się, gdyż komórki występują w całej masie. Jednakowoż wśród tych mas nowotworowych widzi się światła naczyń, a do śródbłonków ich przylegają ściśle komórki nowotworowe, powstałe prawdopodobnie z osłonki naczyń. Pomiędzy grupami komórek ciągną miejscami pasemka lub pasma młodej tkanki



Ryc. 1. Mikrofotografia. Objekt. 70. mm, bez okularu.

Przekrój poziomy przez środek gałki.

A. strona nosowa, B. strona skroniowa.

r. rogówka.

a., g. masy martwicze rozpuszczone.

b. spojówka.

d. nowotworowe nacieczenie zgrubiałej naczyniówki.

e. światła naczyń, dokoła których grupują się promienisto nowotworowe komórki na tle mas martwiczych z krwawemi wylewami.

e. resztka torebki soczewki.

f. przerosły mięsień zwieracza tęczówki przemieszczony.

p. wklinowanie się nowotworu wzdłuż naczyniówki z częściami wolnej siatkówki.

o. ognisko nowotworowe w twardówce.

l. jamy po oderwaniu się siatkówki.

k. zrosty łącznotkankowe z nagromadzonym barwikiem w postaci pasma.

n. nerw.

m. kość.

h. oderwana warstwa barwikowa.

i. część nie zajęta przez nowotwór.



Ryc. 2 Mikrofotografia. Objektyw B., bez okularu *).

e. światła naczyń, dokoła których grupują się promienisto komórki nowotworowe.

a. masy martwicze rozpadłego nowotworu.

włóknistej, miejscami zbitej, o podłużnych pręcikowatych jądrach, z dużemi wypustkami. Wskutek przerostu łącznotkankowego *»choriocapillaris«* zanikła. Miejscami między blaszką podstawową, a *choriocapillaris* są duże wysięki surowiczo-krwawe. Naczynia w naczyniówce, dokoła których grupują się komórki nowotworowe, są dość obfite, w przednim odcinku gałki, w miejscu odpowiadającem rozpadłej tęczówce i soczewce, są prawdopodobnie naczynia wytworzone przez nowotwór. Dookoła naczyń tych układają się komórki, a między niemi są masy martwicze z krwawemi wylewami. Unaczynienie jest słabe. Proces zwyrodnienia zaznaczony jest przez rozpad jąder (*karyorrhexis*), które są złożone z ziarenek i barwią się dość słabo. Tworzą one rozległe masy w przednim odcinku gałki z typowym odczynem zapalnym na obwodzie (Reaktionszone). Barwik występuje ogniskowo, nierównomiernie rozmieszczony na obwodzie nowotworu, bardzo obficie wśród zrostów łączno-tkankowych w postaci zlewających się mas i kul, częściowo wśród włókienek i komórek włóknistych, częściowo wśród chromatoforów i dużych komórek fagocytarnych. Wśród samego nowotworu spotyka się miejscami ziarenka, w obrębie naczyniówki znajdują się bardzo nieliczne, pojedyncze, duże komórki fagocytarne z barwikiem i chromatofory. Odcień barwika jest różny, z żółtego przechodzi w brunatny, a wśród zrostów w zlanych masach w ciemny. To wystąpienie barwika ogniskowo w postaci grubych ziaren i zlanych mas na obwodzie nowotworu, o odcieniu różnorodnym, miejscami tylko wśród samego nowotworu i wreszcie dodatnia reakcja Perlsa na żelazo przemawiają za pochodzeniem barwika z krwi na drodze zaczynowego utlenienia się pyrrolu. W zrostach łącznotkankowych na pasmo barwika, biegnące poprzecznie przez środek gałki, składa się prawdopodobnie również barwik z zanikłej warstwy barwikowej tęczówki i siatkówki.

Na podstawie obrazu klinicznego i badania drobnowidowego rozpoznać należy okrągłokomórkowego mięsaka bezbarwnego z barwikiem z krwi, okołonaczyniowego (*leukosarkoma peritheliale* lub lepiej *perivasculare*) tęczówki, w której we wczesnym okresie wytworzył się guz w powierzchownych warstwach dołem zewnątrz. Nowotwór mógł wyjść ze znamienia barwikowego z wrodzoną embrjonalną tkanką (Cohnheim) lub z komórek osłonki okołonaczyniowej. Następnie nowotwór wypełnił prawdopodobnie przednią komorę, zajął całą tęczówkę, przeszedł na wyrostki rzęskowe i ciałko rzęskowe, kanał Schlemma i więzadło: *»ligamentum pectinatum«*. Posuwał się ku tyłowi gałki na soczewkę, siatkówkę i okrężnie na naczyniówkę, równocześnie atakując ciałko szkliste. Wypełniwszy cały przedni odcinek gałki posuwał się okrężnie wzdłuż naczyń naczyniówki. Tęczówka i soczewka z jednej strony wskutek ciągłego wzrostu nowotworu, z drugiej wskutek złego odżywiania i działania cytytoksyny, uległy rozpadowi, zostawiając rozległe wylewy krwawe. Nowotwór zniszczył następnie cały przedni odcinek gałki, nie pozostawiając ani śladu z kanału Schlemma i przestrzeni Fontanny. Opor dopiero nastąpił na rogówce, twardówce, zrostach łącznotkankowych poza równikiem gałki, które w międzyczasie wytworzyły się pod wpływem działania zapalnego cytytoksyny. Wzdłuż naczyń wciskał się on między blaszki twardówkowe i wysyłał wypustki w naczyniówce wzdłuż warstwy Hallera i Sattlera poza równik gałki, pozostawiając w najświeższych miejscach jeszcze inne warstwy naczyniówki i częściowo siatkówkę wolną. Najbardziej żywotne okazały się komórki dokoła naczyń ugrupowane, dlatego w przednim odcinku gałki widzi się komórki nowotworowe dokoła naczyń na tle rozległych mas martwiczych (Ryc. 2. c. a.). Równocześnie z toczącym się procesem zapalnym, który zajął wszystkie tkanki, mogło przyjść do wytworzenia się zrostów włóknistych i do złogów wapiennych w zapalnej »choriocapillaris«, której wysięki już z podłoża macierzystego przynoszą ze sobą dążność do szybkiego przekształcania się we włókna i wskutek tego stają się podatne do przyjęcia soli wapniowych, jak to potwierdziły przypadki Knappa w zapaleniach plastycznych naczyniówki i przypadek Reisa. Mięsień zwieracz tęczówki i torebka stawiały prawdopodobnie najdłuższy opór komórkom nowotworowym i resztki ich, jak to widać na preparacie (Ryc. 1. f. e.), zostały przemieszczone na środek gałki ku zrostom. Mięsień przedstawia się, jak haczyk, a torebka skurczona w postaci gwiazdki o tępych końcach.

W rozpoznaniu różniczkowem należy przedewszystkiem wziąć pod uwagę glejaka, który pojawia się najczęściej między 1—2 rokiem życia, mięsak natomiast w tym wieku należy do rzadkości. Kerschbaumer podaje na 67 opisanych przypadków mięsaków u dzieci zaledwie 2. Przeciwko glejakowi w naszym przypadku przemawiają wywiady i przebieg kliniczny, mianowicie wytworzenie się guza na tęczówce, umiejscowienie się nowotworu głównie w przednim odcinku gałki i duża różnorodność komórek, przeważnie o typie okrą-

*) Mikrofotografje wykonał docent dr. Reis.

gło-komórkowym i wielobiegunowym. Tymczasem glejak umiejscawia się w siatkówce i to przeważnie w tylnym odcinku gałki z zajęciem nerwu ocznego, ma komórki o delikatnych wypustkach, z małym rąbkiem protoplazmy dokoła jąder i z miękkiem podłożem komórkowem. Przy tak daleko posuniętym procesie zapalnym i przy tak długo trwającym byłaby przedewszystkiem siatkówka i nerw oczny w tylnym odcinku gałki zajęte, podczas gdy w naszym przypadku tylny odcinek jest wolny, a tarcza nerwu wzrokowego wykazuje zaledwie obrzęk zapalny. Dlatego w tym przypadku śmiało możemy wykluczyć glejaka (glioma).

Uderza nas jednak postać ugrupowania się promienistego komórek nowotworowych dokoła naczyń, które przypominają rozetki Wintersteinera. Ułożeniem się komórek dokoła naczyń jest nasz przypadek najwięcej zbliżony do przypadku Wali-Chana, Frankego, Waldsteina i Wintersteinera. Wspólne cechy z temi przypadkami są: 1) wyjście z tęczówki, 2) komórki wielobiegunowe podobne do śródbłonkowych, 3) ugrupowanie się komórek dokoła naczyń promieniste. Najwięcej zbliżony jzst on do przypadku Wintersteinera pod względem braku barwika w komórkach nowotworowych. Różni się od niego tem, że posiada barwik głównie w zrostach łącznotkankowych. Pod tym względem zbliżony jest do przypadków Wali-Chana, Frankego i Waldsteina, w których barwik był w postaci ziarenek w komórkach, przylegających do błony Descemeta i w komórkach przesmyków łącznotkankowych. Wliczają oni swoje przypadki również do okołonaczyniowych mięsaków białych o zabarwieniu barwikiem z krwi, z wyjątkiem Waldsteina, który swój przypadek uważa za śródbłoniaka. Podobny przypadek mięsaka tęczówki w postaci małego, brunatnego guzka na powierzchni tęczówki od dołu z nieznacznym zabarwieniem przytacza Bruner. Nowotwór szerzył się w kierunku kąta komory i spowodował ucisk podwyższony wskutek zajęcia wiązadła t. z. *ligamentum pectinatum*. Oko wyjęto.

W naszym przypadku tak wcześnie podwyższony ucisk przy początkowym wzroście nowotworu w postaci guzka tęczówki należy odnieść do zatkania kanału Schlemma. Podczas gdy w tamtych przypadkach nowotwór ograniczył się do tęczówki lub przedniego odcinka gałki, to w naszym przypadku rozpadający się nowotwór zniszczył tęczówkę, soczewkę, przeszedł na tylny odcinek gałki, powodując zanik gałki wskutek rozpadu i zrostów. Rozległa martwica nowotworu była prawdopodobnie przyczyną plastycznego zapalenia i kurczenia się gałki.

Podobnie, jak nowotwór może spowodować zanik gałki, tak odwrotnie w zanikłej gałce może rozwinąć się nowotwór. Zagadnienie stosunku zaniku gałki ocznej do mięsaka wogóle było przedmiotem roztrząsań w piśmiennictwie. Sprawą tą zajmował się również z autorów polskich W. Reis. Do roku 1904 ogłoszono 8 przypadków, w których za przyczynę nowotworu uważano pierwotny zanik gałki z następowym nowotworem, przeciwnie zaś w 44 przypadkach przytoczono nowotwór, jako pierwotny, najczęściej wychodzący z naczyniówki, z następowym zanikiem gałki wskutek rozległej martwicy, powodującej stan zapalny. — Za sprawą pierwotną nowotworu z następowym zanikiem gałki przemawia brak cięższych zmian w rogówce lub twardówce, zanik gałki z wyraźnem skróceniem wymiaru osiowego (objaw A. Graefego) i rozległe ogniska martwicze w miąższu nowotworowym. Najważniejszym jednak czynnikiem, którym posługiwać się możemy przy rozpoznawaniu różniczkowem pierwotnego lub następowego zaniku gałki, są wywiady i przebieg kliniczny choroby, gdyż samo badanie anatomiczno-patologiczne nie jest w stanie stwierdzić kolejności toczących się procesów chorobowych. W naszym przypadku guzek tęczówki, spostrzegamy w samym początku przez prof. Bednarskiego, a następnie brak zranienia gałki i rozległe zmiany martwicze nowotworu świadczą o pierwotnym nowotworze z następowym zanikiem gałki. Zatem w tym przypadku mamy pewne rozpoznanie kliniczne, jak również anatomiczno-patologiczne.

Przypuszczenie Lebera i Kniesa, że tkanka kostna, pozostająca w odgraniczonej tkance łącznej, może przemawiać zatem, że zanik gałki poprzedził powstanie nowotworu, nie zawsze może mieć uzasadnienie. W naszym bowiem przypadku tkanka kostna (Ryc. 1. m.) jest w tkance łącznej w środku gałki wśród zrostów poza utkaniem nowotworowem, pomimo, że stwierdzono zanik gałki następowy. Zanik gałki przytaczano przeważnie przy mięsakach naczyniówki, przy mięsakach tęczówki zanik gałki należy do rzadkości. W piśmiennictwie mi dostępnem nie stwierdziłem przypadku mięsaka tęczówki, który prowadziłby do zaniku gałki. Zjawisko to należy tłómaczyć tem, że, gdy chory zgłosi się wcześnie z mięsakiem tęczówki, podlega zabiegowi operacyjnemu, gdy natomiast zgłosi się późno, wystąpią tak wielkie zmiany zapalne w gałce i zajęcie innych warstw oka prócz tęczówki przez nowotwór, że punkt wyjścia podaje się mylnie, najczęściej z naczyniówki. W wielu przypadkach nowotwór wogóle jest nierozpoznany. Wskutek zmniejszonego ucisku wśródocznego i zaniku gałki, rozpoznanie kliniczne najczęściej idzie w kierunku zaniku gałki, nie wszystkie zaś gałki z zanikiem, jako mało interesujące, podlegają badaniu anatomo-patologicznemu. Tak więc tego rodzaju przypadki nowotworów mogą ulec przeoczeniu. W tym przypadku również zająłem się badaniem tej gałki, celem otrzymania potrzebnego obrazu anatomo-patologicznego zapalenia jagodówki, a tymczasem niespodziewa nie natrafiłem na tak rzadki i ciekawy przypadek mięsaka tęczówki.

Jeżeli zastanowimy się nad klasyfikacją mięsaków tęczówki, to istnieją 3 rozbieżne zapatrywania, według których należałoby rozpatrywać te przypadki. Uważają je: 1) jako mięsaki bezbarwne (*leukosarkoma*, autorowie francuscy i angielscy), 2) okołonaczyniowe (*endoperithelioma, perivasculare* Wali-Chan), 3) jako mięsaki barwikowe (*melonosarcoma*), w których komórki niepigmentowane są pierwotnemi okresami pigmentowanych, t. z., że komórki nowotworowe i komórki tęczówki z czasem przyjmują barwik. (Ribbert, Schick), W naszym przypadku mięsak trwał przeszło rok i doszedł do szczytu rozwoju, zniszczył wnętrze gałki i spowodował jej zanik, a jednak, pomimo tak długiego trwania rozwoju nowotworu, nie spotykano typowych komórek barwikowych równomiernie rozmieszczonych, ciemno-czarnych, o drobnej ziarninie wśród ognisk nowotworowych starych ani też świeżych, jakto się spotyka w (melanomach) czerniakach. Rozpadłe komórki barwikowe tęczówki, naczyniówki i barwik krwi zgromadziły się głównie na granicy nowotworu wśród zrostów łączno-tkankowych i utworzyły ciemny wał, biegnący w poprzek gałki.

Raubitschek przytacza przypadek nowotworu tęczówki mieszanego, melanoma i endothelioma, w którym atypowe twory łączno-tkankowe mają stanowić przejście w rozwoju między śródbłoniakiem a mięsakiem czerniaczkowym. Przypuszczałbym jednak, że czerniaki rozwijają się z wrodzonego znamienia barwikowego, w którem bujają komórki t. z. chromatophory, a bezbarwne mięsaki wychodzą z otoczki naczyń, przyczem mają tu znaczenie momenty rozwojowe, gdyż przeważna część tych nowotworów usadawia się w dolnej części tęczówki. Bezbarwne mięsaki prawdopodobnie nie muszą ulec typowemu zabarwieniu, sądząc z naszego przypadku, co wykazałoby dopiero doświadczenie z przeszczepianiem nowotworów na tęczówkę. Jakby można wnioskować z opisanych przypadków mięsaków bezbarwnych tęczówki (Treacher, Collins, Sauer, Alt, Limburg, Oemisch, Thalberg), to najczęściej mają one występować w młodym wieku. Przypadków tych jednakowoż jest bardzo mało, a większość opisanych przypadków mięsaków bezbarwnych odnosi się do późniejszego wieku. Lagrange wlicza do bezbarwnych mięsaków, nowotwory z barwikiem krwi (Francuzi), Kerschbaumer (Niemcy) również, zaś Ribert, Schick uważają je za początkowe stadia czerniaków. Do wyodrębnionej, nielicznej grupy mięsaków okołonaczyniowych w przypadkach Frankego, Wintersteinera, Lagrange'a i Wali-Chana należy wliczyć nasz przypadek.

Odnośnie do zmian następowych w gałce, jak jaskry i procesów zapalnych przy mięsakach ograniczonych do tę-

czówki, przypuszcza Kerschbaumer, na podstawie obrazu anatomiczno-patologicznego, że mogą one rzadko pojawiać się i to dopiero w okresie wzrostu nowotworu. Tymczasem w naszym przypadku dało się stwierdzić klinicznie jaskrę i zmiany zapalne już we wczesnym okresie rozwoju utkania mięsakowego na tęczówce, widocznego pod lupą.

Kliniczne spostrzeżenia wykazały, że mięsaki złośliwe tęczówki mają charakter więcej dobrotliwy i rzadko dają nawroty. Fehr uważa, że 72% mięsaków tęczówki da się w początkach wyleczyć wycięciem tęczówki (irydektomją). Wintersteiner jest zdania, że, o ile do 2 lat niema nawrotu, przypadek należy uważać za wyleczony. W naszym przypadku po 2 latach nie było nawrotów, wedle informacji matki dziecka. Rokowanie z obrazu anatomiczno-patologicznego mięsaków tęczówki, jak i z obrazu klinicznego, jest niepewne. W przypadkach, gdzie komórki układają się koncentrycznie, miotełkowato dokoła naczyń z rozwiniętą tkanką podścieliskową, w typie naczyń zbliżonym do normalnego możnaby postawić dobre rokowanie odnośnie do nawrotów.

Odnośnie do postępowania przy mięsakach tęczówki, to w przypadkach, w których nowotwór jest umiejscowiony w okolicy zwieracza tęczówki, wskazane jest wycięcie tęczówki (irydektomia), co jednak nie chroni od nawrotów. W innych przypadkach wskazane jest wyjęcie gałki. Zapatrywanie, co do leczenia tych przypadków światłem jest rozbieżne. Birch-Hirschfeld pomimo dwuletniego leczenia mięsaka naczyniówki radem i Roentgenem, nie miał żadnej poprawy, Colmers i inni mieli dobre wyniki po Roentgenie. W jednym przypadku mięsaka naczyniówki, spostrzeganym przypadkowo ambulatoryjnie, w którym nacieczenie nowotworowe posuwało się wzdłuż pochewki nerwu poza gałkę, pomimo wyjęcia gałki, nastąpił nawrót, a po ukończeniu kuracji radem, po pewnym czasie nastąpiło pogorszenie z śpiączką i prawdopodobnie przerzut poza gałkę drugiego oka. Dominującem zatem wskazaniem leczniczem przy innych próbach leczniczych pozostaje zawsze wyjęcie gałki lub wypatroszenie oczodołu.

Z całości obrazu klinicznego i anatomiczno-patologicznego przypadku, przez nas spostrzeganego, wynikałyby następujące wnioski:

1. Mięsak tęczówki może powodować zanik gałki, czego nikt dotąd nie podniósł w piśmiennictwie. Kerschbaumer w pracy w nowotworach oka, który spostrzegał zaledwie 2 przypadki mięsaka tęczówki na 67 opisanych nowotworów, ogranicza się do tego, że mięsak tęczówki może przemieścić soczewkę lub do niej wtargnąć. Str. 38.

2. Mięsaków bezbarwnych stanowczo nie można uważać za początkowe okresy mięsaków czerniaczkowych (*melanosarcoma*), gdyż mogą one prawdopodobnie pozostać bezbarwnemi z punktem wyjścia z osłonki naczyń i stanowić osobną grupę.

3. Już we wczesnym okresie mięsaka tęczówki może wystąpić jaskra, podczas gdy Kerschbaumer na str. 237 sądzi, że podwyższenie ucisku zachodzi tylko wtedy, kiedy nowotwór zajął przednią komorę w znacznej części i założył zatokę komorową albo zajął ciałko rzęskowe na dużej przestrzeni.

4. Najczęściej przeważa budowa mięsaka tęczówki o komórkach wrzecionowatych, jednak mogą one występować pod postacią komórek okrągłych i wielobiegunowych, pochodzenia z osłonki naczyniowej, z miotełkowatem ułożeniem się dokoła światła naczyń i tworzyć, ze względu na swe ułożenie się dokonała naczyń, osobną grupę (*perivasculare*) mięsaków okołonaczyniowych.

5. Mięsaki tęczówki, zwłaszcza bezbarwne, są mniej złośliwe i rzadko tworzą nawroty.

6. Wytworzenie się kości, nawet w odgraniczonej tkance łącznej poza utkaniem nowotworowem, często nie przemawia za pierwotnym zanikiem gałki, podczas gdy Leber, Knies przytaczali wytworzenie się kości w tych warunkach za jeden z punktów, świadczących o pierwotnym zaniku gałki, a następowem wytworzeniu się nowotworu wskutek zadrażnienia i przemieszczania tkanek. Wytworzenie się kości może tylko świadczyć o przebytem zapaleniu plastycznem.

Przypadek opisany stanowi nietylko przyczynek do kazuistyki, ale również do patologji mięsaków tęczówki.

Piśmiennictwo.

1. Wali-Chan. Wraczebnoje dieło. N. 1. i 2. 1923 *). — 2. Waldstein. Klin. Mon. f. A. 1910. Nr. 48. — 3. Wintersteiner. Graef. Arch. f. Opht. Bd. 69. 1998. — 4. Laven. Klin. Mon. f. A. Bd. 51. 1913. — 5. Lagrange. Arch. d'Opht. 1909. — 6. Ribbert. Geschwulstlehre. 1920. — 7 Kerschbaumer. Sarkom des Auges. 1900. — 8. Reis. Postęp okulistyczny. 1903. — 9. Knapp. Arch. f. Aghk. II. — 10. Rumszewicz. Postęp. okulistyczny Nr. 8. i 9. — 11. Meisner. Klin. Mon. f. A. B. 70. 1923. — 12. Lehfeldt. Zentrbl. 1914. 1. i 2. — 13. Heine. Graef. Arch. f. Opht. B. 111. H. 1/2. 1923. — 14. Tenże. Graef. Arch. f. Opht. B. 113. 1024. — 15. Brunner. Arch. f. Opht. B. 53. Nr. 2. 1924. — 16. Mulock, Hovard E. Amer. journ. of. Opht. B. 7. Nr. 5. 1924. — 19. Nagelbericht, Zentrabl., Bericht-Knapp. (przegląd).

---

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

## Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

Dla racjonalnej walki z wrogiem należy zdać sobie sprawę z liczebnej częstości raka u nas i rozmieszczenia przypadków choroby raka, bo na podstawie w ten sposób uzyskanych dat można zwrócić uwagę na warunki, w jakich choroba ta, zaliczana coraz częściej do chorób społecznych, powstaje, co sprzyja jej szerzeniu się, naodwrót, co może zapobiegać jej postępowi. Wszechstronna analiza danych, uzyskanych ze statystyki może też rzucić niejakie światło na sposób postępowania w zwalczaniu raka.

Statystyka stawia sobie między innemi za główne zadanie zebranie jak największych liczb, by na podstawie »bezwzględnie dużych liczb« móc wysnuć możliwie trafne wnioski.

»Jedną z pierwszych czynności nowozawiązanych komitetów dla badania raka byłoby zajęcie się zebraniem odpowiedniej statystyki«, pisze Prof. Nowicki w swoim artykule »Sprawa zwalczania raka w Polsce« w Polskiem czasopiśmie lekarskiem Nr. 4. 1921. Prof. Werner w rozdziale o nowotworach podaje, że statystyka raka zebrana jest u wszystkich kulturalnych narodów, co tem bardziej powinnoby nas zachęcić do tej żmudnej i ciężkiej pracy.

U nas zestawień statystycznych, co do choroby raka i wogóle nowotworów złośliwych, jest bardzo mało. Dlatego też każde usiłowanie, czy praca wykonana na tem polu ma może większą, niż gdzieindziej, wartość i wskazanie. Jednym z pierwszych u nas był W. Nowicki, który jeszcze w roku 1904 w »Nowinach lekarskich« ogłosił »Statystykę raków na podstawie protokołów sekcyjnych Instytutu anatomo-patologicznego we Lwowie za czas od grudnia 1896 do 1903«. — następnie prace statystyczne podali Jaworski, Reichman, Serkowski, Weinert, Kuhn.

W piśmiennictwie lekarskiem rozróżniamy trzy rodzaje statystyk raków: chorobowości, śmiertelności i sekcyjną; dopiero zestawienie wszystkich trzech statystyk może pozwolić na pewne wnioski, dotyczące przyrostu lub zmniejszenia się częstości jego występowania.

Do pierwszego rodzaju należy także statystyka operacyjna raków, która jednak nie przedstawia większej wartości, ponieważ nie wszystkie przypadki raka dostają się na stół operacyjny, gdyż nie nadają się do leczenia chirurgicznego.

W statystyce chorobowości ostatniej doby bezwględna ilość raków znacznie wzrosła, powodem tego wzrostu jest bardzo wielki postęp w udoskonaleniu djagnostyki; mimo tego jeszcze i dzisiaj wiele przypadków raka nie jest rozpoznanych z powodu nieznacznych lub bardzo nietypowych objawów chorobowych.

Jeszcze mniejsze znaczenie ma statystyka śmiertelności, opierająca się na kartach pośmiertnych, wystawionych przez

*) Z pracy Wali-Chana mogłem korzystać dzięki uprzejmości kol. Janusza, który zechciał mi ją przetłumaczyć i wypożyczyć ze swego prywatnego zbioru bibljotecznego

lekarzy praktykujących lub, jak na wsi, przez t. zw. oglądaczy zwłok.

Niewątpliwie najbardziej wiarogodnemi są liczby statystyki sekcyjnej, która się opiera nietylko na rozpoznaniu przedewszystkiem raka, ale na ustaleniu siedziby nowotworu i jego następstw w ustroju. Naturalnie także i ta statystyka ma strony ujemne; nie uwzględniona jest znaczna ilość raków kończyn, skóry i narządów płciowych; raki te są w lwiej części operowane a chorzy odnośni w małym tylko procencie dostają się na stół sekcyjny.

Próby wyjaśnienia sprawy etjologji raka, opierającej się na danych statystycznych i wykazujące pewną systematyczność w nsadowieniu się nowotworów, zwróciły ostatnio na siebie uwagę ze względu na pytanie, czy wojna miniona wpłynęła na częstość pojawienia się raka wśród jej uczęstników lub ludności, dotkniętej temi cierpieniami i niedostatkami, jakie wojna przynosi. Kwestja ta zainteresowała szerszy ogół patologów niemieckich. Wśród nich H a n s e m a n n, wytrawny badacz raka i twórca pojęcia anaplazji, wychodząc z założenia, że większa część nowotworów rakowych powstaje w następstwie przewlekłego miejscowego podrażnienia, uważa, że poszczególne urazy (drażnienia) lub zranienia nie mogą przecież mieć wpływu na powstawanie nowotworów i dopiero późniejsze lata będą mogły dać w tym względzie stanowczą odpowiedź n. p. co do powstawania raka w bliznach po zranieniach. W związku z tem pozostaje pytanie, czy rząd powinien wypłacać odszkodowanie krewnym na wypadek śmierci żołnierza z powodu raka i czy rak wogóle należy do kategorji uszkodzeń wojennych.

Dzisiaj wiemy dobrze, że powstanie raka nie pochodzi od jednej przyczyny, że na powstanie to składa się wiele czynników, z których pierwsze miejsca zajmują podrażnienia przewlekłe, właściwości miejscowe i osobnicze, a także usposobienia rasowe i dziedziczne.

Zapatrywanie o znaczeniu drażnienia przewlekłego dla powstawania raka, potwierdzone dziś doświadczeniami początkowo opierało się w znacznej części na danych statystycznych, wykazujących częste usadowienia się raka w pewnych miejscach charakterystycznych, wystawionych na ustawiczne drażnienia przewlekłe i narażone na urazy, jak n. p. rak wargi dolnej, rak woreczka i dróg żółciowych w związku z kamicą, worka mosznowego u robotników w fabrykach aniliny i parafiny i t. p. — To też statystyka, najmłodsza gałąź badań lekarskich, ma obecnie w medycynie większe znaczenie.

Amerykański autor Fr. H o f f m a n, uwzględniając chyba największą liczbę wszelkich możliwych statystyk z dziedziny problemu raka, wysnuwa na podstawie szczegółowego badania cyfrowych danych wniosek o istotnym wzroście śmiertelności z powodu raka w krajach cywilizowanych; określa on śmiertelność roczną z raka na przeszło 500.000 ludzi. Geograficzne jego daty, dotyczące raka, oparte na porównawczych statystykach w pewnych wybranych krajach, skłaniają do przyjęcia wniosku, że wszystkie postacie raka wykazują wzrost liczbowy, lecz naturalnie w różnym stopniu. Największa śmiertelność jest stanowczo w Europie, najmniejsza w Afryce. Śmiertelność z powodu raka jest wyjątkowo wysoka w Szwajcarji, Bawarji i Niderlandach, nadzwyczaj rzadka wśród Indjan północno-amerykańskich i wśród pierwotnych ras Afryki. Częstość raka wogóle zmniejsza się w miarę zbliżania się do równika, czyli wzrost raka zbiega się ze zmniejszeniem opadania ciepłoty i opadami deszczowemi. Różne kraje pod tym względem wykazują też różne liczby: najjaskrawiej występuje to przy porównaniu częstości raka zewnętrznych narządów płciowych, który wśród tubylczej ludności w Indjach wschodnich 20—30 razy częściej się zdarza, aniżeli rak żołądka; u Japończyków rak przełyku i wargi górnej jest tak częstem zjawiskiem, że podobnie częstego pojawiania się jego nie stwierdza się u innych ludów. Płeć pod względem chorobowości raka wykazuje w liczbach jeszcze większą różnicę; na raka w niektórych krajach ginie 20—25% kobiet więcej, aniżeli mężczyzn. Że wiek wpływa na częstość raka, jest rzeczą ogólnie znaną. Długowieczność ludzka, zwiększająca się z postępem urządzeń higjenicznych, przyczynia się niezłomnie do powiększenia liczby przypadków raka wobec tego, że rak jest uprzewilejowaną chorobą wieku podeszłego. Najczęściej raka spotyka się w 5-tym, 6, 7-ym lub 8-mym dziesiątku życia, odsetek śmiertelności w późniejszym wieku maleje nieznacznie; jako przyczyna śmierci rak wyraźnie występuje u mężczyzn dopiero po 35-ciu latach, u kobiet zaś już od 30 roku życia. W Norwegji i Belgji śmiertelność raka jest największa w latach od 50 do 60, we Francji od 40—50, w Anglji 55—65 lat. Ogólnie uznany fakt liczbowego zwiększenia się raka wśród starszych osobników, został potwierdzony podobnemi spostrzeżeniami nad zwierzętami, n. p. u psów B a s c h f o r d, w wygłoszonym referacie na Zeździe lekarskim w Budapeszcie, stwierdził, że samoistny rak u myszy powstaje w wieku podeszłym, dopiero w 18-ym miesiącu życia, podobnie stwierdzili to także inni. W związku z tem pozostaje ciekawe spostrzeżenie, że rasy, wykazujące szybsze starzanie się, częściej zapadają na raka i to już we wczesnych okresach życia. Według B e u t u l l'a w Anglji ludzie zapadają na raka najczęściej w wieku 56—65, natomiast w Indjach południowych w Travancore już w wieku 36—45.

Dawniejsi autorowie przypuszczali, że nowotwory wogóle są wytworem cywilizacji i już B r o c a uważał pierwotne rasy za wrodzenie odporne w stosunku do raka. Ostatnie lata nagromadziły szereg nowych spostrzeżeń, zbijających pewnik, że rak nadzwyczaj rzadko występuje wśród ludów pierwotnych. M e l d o r f składa sprawozdanie o śmiertelności w Grenlandji, gdzie wśród 5032 przypadków śmierci stwierdzono 37 razy przyczynę śmierci z powodu raka. D e-B o v i s w stanie Kolumbji Ameryki Północnej stwierdził w przeciągu ostatnich 25 lat, że rocznie umiera z powodu raka przeciętnie 46 białych i 41 kolorowych mężczyzn. Według statystyki E d w a r d s a w Północnych Stanach Zjednoczonych Ameryki ilość raka w czasie od 1883 do 1907 wzmogła się wśród białych z 51,1 na 80,5 na 100.000 ludności, natomiast wśród kolorowych z 41,4 na 53,6. W świetle statystyki N i b l o c k a, obejmującej materjał szpitalny z General Hospital w Madrasie stwierdzono w czasie od 1896 do 1901 r. wśród Hindusów i Mahometan raki w większym odsetku, aniżeli u europejczyków. Zasługuje na uwagę spostrzeżenie, że murzyni po zniesieniu niewolnictwa daleko częściej zapadają na raka, zwłasza u kobiet rak macicy jest częstszy, niż u białych. Prócz tego znane są przypadki raka »Kangri« na piersi wśród tubylczej ludności w Afganistanie, która pędzi żywot koczowniczy w górach z powodu noszenia ze sobą piecyka, lub rak twarzy wśród ludności Cejlonu, spowodowany, jak przypuszczają, rzuciem orzecha b e t e l, analogicznie do raków kominiarskich lub raków, wywołanych promieniami Roentgena.

Najmniej jest opracowana statystyka raka u cyganów, natomiast ciekawe dane poświęcone są tej chorobie wśród żydów. Statystyki podają sprzeczności, które zapewne wytłumaczyć dałyby się krańcowością bogactwa i nędzy u żydów. Fizycznie żydzi dzisiejsi są raczej aryjczykami, niż semitami. Szczególnie rak macicy u żydówek jest stosunkowo do innych kobiet nader rzadki, co H o f f m a n stara się wytłumaczyć lepszem ukrwieniem narządów płciowych u żydówek wobec niedokrwistych kobiet innych ras, natomiast rak piersi jest u nich częstszy. Dr. Felix T h e i l h a b e r z Monachjum podaje w »Jüdische Volkskunde« z marca 1910, że S t e i n h e l m w ciągu 35-ciu lat wśród biednej ludności miasta, liczącego 25—30 tysięcy mieszkańców, nie zauważył ani jednego przypadku raka macicy u Żydówek.

K n o p f e l z Darmstadtu wykazał, że śmiertelność z powodu raka u żydów jest większa, niż u ras innych, szczególnie ponad 70 lat, (więcej starców u Żydów), mimo to jednak myśli, że rak u żydów trafia się rzadziej, niż u innych, co tłumaczyłby sobie tem, że żyją oni przeważnie według zasad higjeny religijnej.

Poza rasą i sposobem życia, miejscowe własności natury, gruntu i częstości opadów, jakoteż hydrograficzne wpływy mogą mieć pewne znaczenie, na co wskazują w swoich pracach K o l b, B e h l'a, P o p p e l m a n n, P r i n z i n g, H a r l a n d i O d i e r.

Według najnowszych danych Lubarscha w Niemczech, na 992,350 wszystkich zgonów w 52,000 przypadkach stwierdzono raka, co wynosi 5,6%; inne nowotwory stwierdzono w 5,000 przypadkach. t. j. 0,6%.

W sprawie dziedziczności nowotworów autorowie po dziś dzień nie doszli do porozumienia i nagromadzony kazuistyczny materjał nie może kategorycznie rozstrzygnąć tej ważnej sprawy. Przykładów rodzin rakowych w piśmiennictwie lekarskiem mamy sporo, znana jest rodzina Napoleona I., który zginął na raka żołądka, ojciec i siostra jego zmarli z tej samej przyczyny. Podobne przykłady opisują Broca, Lettule, Leyden, Kuhn i inni. Geinac, zbierając szczegółowe dane wywiadowcze, stwierdził wśród 210 chorych na raka w 8,6% tę samą chorobę u bliższych krewnych, zaś w 3,8% u rodziców tychże chorych. Niezmiernie ciekawe są przypadki »obopólnego raka« (*cancer á deux*), t. j. raka jednocześnie u męża i żony, powstałego albo równocześnie lub w krótkich odstępach czasu. Takie przypadki trafiają się coraz częściej i szczegółowe badania, przeprowadzone w Badenie, wykazały, że zdarzają się również przypadki, kiedy mąż, straciwszy małżonkę z powodu raka, wstępował poraz drugi w związek małżeński i po upływie już kilku lat tracił drugą żonę z tego samego powodu. W tych przypadkach mąż odgrywał jakgdyby rolę »przenośnika«. Inni autorowie stwierdzali w przypadkach »*cancer á deux*« usadowienie się raka w różnyc miejscach, przeważnie w narządach wewnętrznych i fakt ten tłómaczą oni »mieszkaniowem zakażeniem się«. Najbardziej przekonywującemi, odnośnie do dziedziczności raka, są liczne doświadczenia na zwierzętach, wykonane przedewszystkiem przez Bashford'a i duńskiego uczonego Jensen'a. Zasługują jeszcze na uwagę przypadki raka u kilku członków tej samej rodziny, powstałe zazwyczaj w jednym i tym samym narządzie, co niektórzy starają się wytłómaczyć dziedziczeniem miejscowej anomalji lub usposobieniem. Jako przykład tego rodzaju dziedziczenia autorowe przytaczają przypadki *xeroderma pigmentosum.*

Przechodząc do zestawień anatomicznych, będę się zawsze starał przytaczać równocześnie po kilka dla porównania; i tak statystyka Riechelmana podaje opis 711 przypadków raka, wyprowadzona w zakładzie prof. Hansemana, Feilchenfelda ze szpitala miejskiego z Berlina od prof. Bendy, obejmuje 507 przypadków raka, Redlich podaje za następne 5 lat z tej samej pracowni 496 przypadków, w ostatnich zaś latach Bejach podaje statystykę, opierającą się na 692 przypadkach.

W. Nowicki od grudnia 1896 do 1903 r. włącznie przestudjował 7006 sekcyj z Zakładu anatomji patologicznej U. J. we Lwowie, na tę liczbę sekcyj było raków 366 t. j. 5,27,%, ja zaś przejrzałem w międzyczasie od r. 1904 po 1920 włącznie w tym samym zakładzie 13,976 wykonanych sekcyj, z czego na raka przypadło 831 t. j. 5,95%.

Przystępując do opracowania statystyki raka od 1903 do 1920 włącznie we Lwowie, uważam, że praca moja jest bezpośrednim dalszym ciągiem statystyki prof. Nowickiego, jako praca, wykonywana w tym samym instytucie i w tych samych warunkach.

Zaznaczyć wypada, że lata wojny zmusiły kierownika, jakoteż wszystkich asystentów do zaciągnięcia się do szeregów i wyjazdu ze Lwowa. Wskutek wypadków wojennych, które szczególnie ciężko dotknęły Lwów, a tem samem jego zakłady uniwersyteckie, liczba wykonanych sekcyj w latach wojennych zmalała, uniemożliwiając tem samem przeprowadzenie porównawczych badań nad zachowaniem się wpływu wojny i niedostatecznego odżywiania na wzrost lub zmniejszenie się częstości raka w materjale sekcyjnym tutejszego zakładu.

Za granicą podobne porównawcze prace ogłosili F. Janowitz i W. Rau.

F. Janowitz (Zeitschr. f. Krebsforschung T. 18. 1921), opierając się na różnych zdaniach o wpływie nienależytego i nieodpowiedniego odżywienia w czasie wojny na ilościowe zachowanie się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, przystąpił do porównawczych badań statystycznych w szpitalu Rudolfa Virchova w Berlinie za 4 lata przedwojenne 1911—1914 i 5 lat wojennych 1515—1919. Szczegółowe liczby, dotyczące umiejscowienia nowotworów w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego i inne dane, upoważniły F. Janowitz do wniosku, że w powyższym szpitalu nie można stwierdzić różnicy co do ilości i zachowania się nowotworów przewodu pokarmowego w okresie przedwojennym i w czasie wojny.

W. Rauidem w porównawczej statystyc sekcjonowanych przypadków raka i innych nowotworów z 5-ciu lat wojennych (1914—1919) i 5-ciu lat pokojowych (1909—1914), w patologicznym Instytucie Szpitala miejskiego Drezno-Friedriechsstadt po zostawieniu szeregu liczb dochodzi do wniosków, iż materjał sekcyjny wykazuje przyrost raków u mężczyzn, ubytek u kobiet. Autor, zdając sobie sprawę z tego, że jego statystyka nie może mieć znaczenia ogólniejszego dla określenia zachowania się nowotworów złośliwych w czasie wojny, wyprowadza wnioski z zastrzeżeniem. Przewód pokarmowy w czasie wojny rzadziej był zajęty rakiem u mężczyzn, natomiast częściej u kobiet; narząd oddechowy był nim zajęty częściej w czasie wojny i to u obu płci. W narządach płciowych u kobiet rzadziej stwierdzano raka w czasie wojny w porównaniu do czasa pokojowego.

Ciekawe są ostatnio ogłoszone dwie statystyki nowotworów wśród żołnierzy, biorących udział w wojnie europejskiej i wyróżniające się dość rażącemi wahaniami. Hansemann podaje ze szpitala Virchowskiego śmiertelność z powodu nowotworów na 3,8%, Wütroldt zaś, opierając się na statystyce z całej armji niemieckiej, wyprowadza liczbę na 28,1%.

W związku z tem jest sprawa statystyki raków w wieku młodocianym. Piśmiennictwo o raku w wieku młodszym jest wogóle dość szczupłe. Najwięcej opisanych przypadków dotyczy wieku od lat 14 do 16 i najczęściej spostrzegano go w nerkach lub jajowodach. Statystyka Koebersa z rządowych zakładów w Hamburgu z r. 1908 przytacza jedyny przypadek raka nerki w 15-tym roku życia. W doktorskiej rozprawie v. Holtza jest opis trzech przypadków raka w wieku młodocianym. W tej liczbie autor opisuje raka żołądka u dziewczynki lat 15 i sądzi, że jego przypadek jest pierwszy tego rodzaju. Analogiczny przypadek w wieku młodym referowałem w r. 1917 w »Polskim Miesięczniku lekarskim«. Herzog ogłasza szczegółowo przypadek raka wątroby u 13-letniego chłopca, Fröhlich opisuje nawet przypadek raka wątroby u jednorocznego dziecka, z polskich autorów w statystyce Reichmana figuruje opis raka u 12-letniego dziecka, podobny przypadek o oryginalnym rozwoju podaje Dobijowa. Harbitz i Platau stwierdzili wśród 2101 spostrzeżonych przypadków raka w ciągu 15 lat w instytucie patologicznym w Chrystjanji 5 przypadków raka u jednostek poniżej lat 20-stu.

Mała liczba ogłoszonych przypadków tłómaczy się w znacznym stopniu mylnem przekonaniem starszych lekarzy, iż rak zdarza się tylko w wieku podeszłym. Należy przypuszczać, że w statystykach wiele przypadków raka uchodzi za inne guzy, wychodzące z trzustki lub prawego płatu wątroby i t, d. Według statystyki Uniwersytetu Warszawskiego rak przed 30-tym rokiem życia stanowi 8,4% wszystkich raków.

W naszych 831 przypadkach poniżej 20 lat mieliśmy jednego mężczyznę i kobietę z rakiem żołądka, 2 kobiety z rakiem wychodzącym z narządów rozrodczych i jedną kobietę z usadowieniem się raka na skórze w pachwinie, razem cztery przypadki czyli 0,22% przypada na mężczyzn i 0,7% na kobiety. Nadto mieliśmy sposobność rozpoznania raka odbytnicy kilka razy u osobników między 21 a 26 rokiem życia.

Najwięcej przypadków raka było między 40—50 rokiem życia — 261, z czego wśród mężczyzn 134 (29,9%), wśród kobiet 127 (33,1%). Między 21—30 było 40 przypadków, w czem mężczyzn 15 (3,35%), kobiet 25 (6,5%), między 31—40 było 134 przypadków, w czem mężczyzn 55 (12,2%), kobiet 79 (20,4%). Tę stosunkowo znaczną różnicę na korzyść kobiet należy odnieść przedewszystkiem do raka macicy, który właśnie między 20 a 40 rokiem występuje wcale często.

Omówiwszy w ten sposób częstość występowania raka,

stosunek tej częstości u mężczyzn i kobiet, a wreszcie wiek, przytoczymy liczbę stwierdzonych raków w poszczególnych latach naszego zestawienia, a więc:

| Rok | Ilość wykonanych sekcyj | Ilość stwierdzonych raków | Odsetek |
|---|---|---|---|
| 1904 | 1004 | 67 | 6,67% |
| 1905 | 996 | 58 | 6,–% |
| 1906 | 1018 | 64 | 6,28% |
| 1907 | 964 | 52 | 5,39% |
| 1908 | 998 | 50 | 5,05% |
| 1909 | 1014 | 56 | 5,52% |
| 1910 | 932 | 49 | 5,25% |
| 1911 | 1028 | 60 | 5,83% |
| 1912 | 1028 | 64 | 6,22% |
| 1913 | 1135 | 59 | 5,20% |
| 1914 | 750 | 42 | 5,60% |
| 1915 | 142 | 11 | 7,75% |
| 1916 | 406 | 39 | 9,80% |
| 1917 | 640 | 32 | 5,–% |
| 1918 | 683 | 49 | 7,18% |
| 1919 | 473 | 34 | 7,18% |
| 1920 | 765 | 45 | 5,88% |

W naszym Instytucie od 1904 do 1920 r. włącznie wykonano 13,976 sekcyj, z czego było raków 831 t. j. 5,94%, Nowicki wyprowadza dla okresu czasu od 1896 r. do 1904 r. procentowo 5,27.

W roku 1921 na 915 sekcyj stwierdzono 63 przypadków raka t. j. 6,8%.

W roku 1922 na 880 sekcyj stwierdzono 58 przypadków raka t. j. 6,6%.

W roku 1923 na 911 sekcyj stwierdzono 76 przypadków raka t. j. 8,3%.

Znaczny postęp w djagnostyce zapewne wpływa na dające się zauważyć zmniejszenie ilości raków nierozpoznanych. Na ogólną ilość zebranych przezemnie 831 przypadków raka nierozpoznano za życia choroby tej w 259 przypadkach czyli 31,1% (nie wliczam w liczbę tę przypadkó przysłanych z rozpoznaniem »*in agonia*« oraz te, w których w miejsce raka rozpoznano nowotwór złośliwy innego rodzaju lub przypadki z niezupełnie ściśle określoną siedzibą pierwotnego nowotworu); prof. Nowicki wyprowadza dla nierozpoznanych za życia przypadków odsetek 33,8.

Według Richelman'a nierozpoznane raki w szpitalu Friedrichsheim w Berlinie stanowią 21,9%, według Hoffmann'a dla szpitali w Kolonji wynoszą liczbę 19,5%, według Bashford'a dla szpitali londyńskich 16%. Według Lubarsch'a odsetek pomyłek djagnostycznych dla raków narządów wewnętrznych wynosi 32%.

Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat ulepszone metody badania przyczyniły się do wykrycia większej ilości raków. Z powyższej przyczyny, jak sądzi również Kuhn, zachodzić może pozorne zwiększenie się częstości raka, a więc przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z powodu raka występuje podnoszenie się krzywej z tego powodu, że większa ilość takich zmarłych przeszła do statystyki. C. d. n.

## Oceny i sprawozdania.

**Atlas du Cancer**, wydawany staraniem Association Française pour l'étude du Cancer. Librairie Felix Alcan Paris.

Francuskie Towarzystwo do walki z rakiem przystąpiło do skatalogowania ikonograficznego najrozmaitszych rodzajów raków wszelkich narządów. Powołany Komitet z Pierre Delbet na czele postanowili ujednostajnić mianownictwo międzynarodowe rakowe, wprowadzając w krótkim opisie w tekście, obok nazwy najbardziej uzasadnionej i rozpowszechnionej, szereg spotykanych synonimów a dalej podają morfologię, fizjologię, skłonność do szerzenia się przerzutowego i uogólnienia się poszczególnych raków oraz różną wrażliwość ich na działanie promieniotwórcze.

Wspaniałe ryciny barwne preparatów histologicznych *in quarto* oraz krótki tekst, obejmujący najrozmaitsze używane nazwy, niewątpliwie przyczyni się do ułatwienia międzynarodowego porozumienia się i usunięcia bałamuctw, tak często jeszcze spotykanych w mianownictwie naukowem, a które niekiedy utrudniają zrozumienie rzeczy nader ważnych.

Ukazywanie się wydawnictwa jest perjodycznem i ukazuje się zeszytami. Narazie nabyłem 2 pierwsze zeszyty. Pierwszy zeszyt poświęcony jest rakowi skórnemu, II. zeszyt innym rodzajom raków. Całość zapowiada rzecz nadzwyczaj wartościową. *W. Janusz.*

## Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin d l'association Française pour l'étude du Cancer. Nr. 7. 1924 r.

K. Itehikawa, S. Baum i I. Uwatoko. **Badania doświadczalne i porównawcze nad rakiem co do zachowania się nerwów obwodowych w przebiegu rozwoju raka eksperymentalnego.** Istnieje oddawna znany związek między rozwojem nowotworów a obwodowym układem nerwowym. Wymienieni autorowie przystąpili do badań nad wykazaniem obecności nerwów obwodowych w pogazowych rakach doświadczalnych. Praca ich wykonana została w pracowni prof. Roussy dzięki znacznej subwencji japońskiego Komitetu do walki z rakiem. Autorowie ci badali tak skórę zdrowych królików i myszek, jakoteż skórę z poszczególnych okresów raka eksperymentalnego stosując, metodę Ehrlich'a z błękitem metylenu, dalej metodę Sihler'a według Gad'a i Bielchowsky'ego. Badania ich wykazały, że nowotworzące się naczynia włoskowate krwionośne i chłonne w podścielisku rakowem zawierają cienkie włókna nerwowe świeżo powstałe. Nerwy obwodowe rozwijają się w pewnych tylko miejscach nowotworu i dopiero z biegiem rozwoju raka rozsypują się w przestrzeniach międzyrakowych, przenikając je w głąb. Widocznych zmian degeneracyjnych we włóknach nerwowych nie dostrzega się, chyba tylko w przypadkach przenikania komórek rakowycb w same nerwy. W podścielisku zaś stwierdza się zaledwie mniej lub większy rozrost włókien nerwowych. Z biegiem rozwoju komórek nabłonkowych, istniejące włókna nerwowe w warstwie podstawnej, rozmnażają się i wydłużają się aż do komórek ziarnistych. Niekiedy zostają włókna nerwowe otorbione przez zrogowaciałe masy. Wspomniane zmiany najwybitniej występują w okresach najbardziej zbliżonych do raka albo w dojrzałym już nowotworze rakowym. Włókna nerwowe, powstałe z naczyń chłonnych i krwionośnych, otaczają zwykle małe ogniska rakowe, a z biegiem ich wybujania włókna przedostają się w głąb tych ognisk. Praca objaśniona jest rycinami, a nawet bardzo ładną tabelą barwną. W następnym zeszycie autorowie, na dowód możliwości wyróżnienia włókien nerwowych od włókien sprężystych, opracowali wybiórczą metodę barwienia fukseliną i orceiną. Przy pomocy tej metody autorowie przeprowadzili badania kontrolne, które w zupełności potwierdziły istnienie włókien nerwowych w rakach eksperymentalnych u królików i myszek.

P. Menetriez i M. Derville. **Rak eksperymentalny żołądka szczura, wywołany zapomocą smoły pogazowej.** Po nieudałych próbach z przeciąganiem przez ustrój zwierząt laboratoryjnych drucików nasmolonych, autorowie zastoso-

wali technikę podawania smoły pogazowej zapomocą strzykawki w okolicę nerki lewej i jej najbliższe sąsiedztwo. Od 7 lipca r. 1923 do 28 marca 1924 r. autorowie zastrzyknęli 9 razy smołę pogazową po 4—5 kropel każdorazowo. Od 4 kwietnia do 6 czerwca autorowie zastrzyknęli 10 razy w podobnych dawkach olej cedrowy. Wreszcie, chcąc zmienić rodzaj bodźca drażniącego, autorowie zastosowali już w okresie daleko posuniętego charłactwa czysty kreożot, poczem zwierzę 18 czerwca 1924 r. zginęło. Autopsja wykazała w jamie otrzewnej obecność mas, zbitych, o spoistości serowatej a prócz tego zbite zrosty włókniste spajające żołądek, śledzionę, nerkę lewą, trzustkę i nadnercze. Badania drobnowidowe wykazują zanik narządów miąższowych i przerost ich tkanką łączną, wśród której widoczne są drobne ogniska smoły. W żołądku autorowie stwierdzili, obok przewlekłego obrazu zapalnego, rozrost nabłonka pokrywkowego żołądka, nowotworowe ogniska brodawczakowe i ubytki zupełnie odpowiadające wrzodzeniom rakowym. Ważnem jest podkreślić fakt współistnienia stanu rozrostu nabłonka, jako odczynu na obecność smoły pogazowej w najbliższem sąsiedztwie żołądka, która to smoła w żadnym skrawku nie przeszła głębiej, poza mięśniówkę. Autorowie sądzą, że z podawanych substancyj drażniących jedynie tylko smoła pogazowa posiada rakotwórczą zdolność, a, rozpuszczające się w sokach, składniki jej powodują niewątpliwie działanie drażniące. Ciekawym jest fakt, że w tym przypadku w żołądku dało się stwierdzić wszystkie okresy rozwoju raka eksperymentalnego, a więc od zwykłego rozrostu nabłonka poprzez nowotwór dobrotliwy brodawczakowy aż do typywego raka.

*W. Janusz* (Lwów).

Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale.

Z. 2. 1924.

Policard i Doubrow. **Badania histochemiczne nad zawartością popiołu w tkankach rakowych.** W badaniach swoich autorowie zastosowali nową metodę, polegającą na utrwalaniu świeżych tkanek w następującym roztworze: NaCl 0,8, wody 90 i formolu 10 w ciągu 4—8 dni, następnie po przyrządzeniu skrawków mrożonych, przeprowadza się je zapomocą wody zwykłej na płyty metalowe i wysusza się przez kilka dni w eksikatorze z kwasem siarkowym. Tu ulegają skrawki spopieleniu. Preparaty kontrolne barwią się zwykłemi metodami, a popiół bada się drobnowidem dwuocznym Badania wykazały, że zwykły rak płaskokomórkowy zawiera bardziej skąpe ilości składników spopielonych, niż rak gruczolakowy. Raki rozpadające się okazują dużą zawartość składników mineralnych. Tkanka tłuszczowa, jakoteż młoda tkanka łączna o charakterze zarodkowym, pod wpływem żaru nie ulega skurczeniu się i zawiera zaledwie nieznaczne ilości składników popiołu. Starsza tkanka łączna, już zróżniczkowana, kurczy się nadzwyczaj silnie i zawiera obfity popiół, składający się przeważnie z połączeń wapniowych. Porównawcze spalania nowotworów dobrotliwych i złośliwych wykazały u ostatnich dużą zawartość węglanu potasowego nieczystego a skąpe ilości wapnia, natomiast popiół z nowotworów dobrotliwych zachowywał się wręcz przeciwnie. Zawartość *K* i *Ca* ma, zdaniem autorów, ważne znaczenie w tłumaczeniu ekspansywności wzrostu nowotworów: połączenia potasowe pobudzają wzrost, natomiast połączenia wapniowe wywierają hamujący wpływ na zdolność rozrastania się. *W. Janusz* (Lwów.)

Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. und allg. Pathologie.

Damisch. **W sprawie pochodzenia t. zw. karcinoidów wyrostka robaczkowego.** Raki, wychodzące z wyrostka robaczkowego, pojawiają się pod dwoma postaciami. Jedną są typowe raki cylindryczne, szybko rosnące, dające przerzuty i nawroty, drugą nowotwory nabłonkowe, bardzo podobne do raków, okazujące jednak cechy nowotworów dobrotliwych nazwano je karcinoidem. Co się tyczy ich pochodzenia, jedni zaliczają je do zmian pochodzenia rozwojowego, inni twierdzą, że są to typowe raki, wychodzące z komórek gruczołów Lieberkühna. W ostatnich czasach tłumaczy Masson inaczej powstawanie karcinoidów. Opierając się na badaniach Kulczyckiego, który wykazał wśród komórek nabłonka przewodu pokarmowego u psa, a także w kryptach gruczołów wyrostka robaczkowego u człowieka pewne komórki, zawierające ziarnistość zasadową, twierdzi Masson, że karcinoidy powstają z bujania tych właśnie komórek. Ponieważ komórki opisane są komórkami chromo-chłonnemi i redukują srebro amonjakalne, tak samo, jak komórki zwojowe współczulne przewodu pokarmowego, sądzi Masson, że karcinoidy należy zaliczyć do nowotworów pochodzenia nerwowego, nie daje jednak na to pewnych dowodów. Autor stara się sprawę tę wyjaśnić przez wykazanie związku między komórkami srebro-chłonnemi gruczołów Lieberkühna, a komórkami zwojowemi ściany jelitowej.

Ponieważ nie udało mu się to w wyrostku u ludzi dorosłych, bada on wyrostki i zwoje nerwowe u płodów. We wczesnym okresie płodowym nie stwierdza się komórek srebro-chłonnych ani w gruczołach Lieberkühna, ani też w ścianie jelitowej, jedynie tylko w zwoju słonecznym *(ganglion solare)*. Później dopiero zaczynają się one pojawiać w otoczeniu komórek zwojowych Meissnera. Powstają one albo przez podział tych współczulnych komórek zwojowych albo też przywędrowują tutaj ze zwoju słonecznego równocześnie z wzrastającemi włóknami współczulnemi. Następnie spotyka się je w gruczołach Lieberkühna, są one zatem rzeczywiście komórkami pochodzenia nerwowego. Komórki karcinoidów pod każdym względem odpowiadają komórkom srebro-chłonnym w gruczołach Lieberkühna. Jako przyczynę powstania tych guzów należy uważać przewlekłe stany zapalne i towarzyszące im w celu odnowy bujanie komórek w zagłębieniach gruczołów Lieberkühna.

T. LXXII. Z. 1.

B. Gruber i E. Kratzeisen. **Przyczynek do anatomji patologicznej wrzodów żołądka i dwunastnicy.** Autorzy badali na materjale sekcyjnym w Moguncji sprawę wrzodów żołądka i dwunastnicy i przychodzą do następujących wniosków. Na 2975 zwłok stwierdzono w 169 przypadkach wrzody lub blizny po wrzodach żołądka i dwunastnicy. Występują one w każdym wieku i u obojga płci, w żołądku może nieco częściej, jak w dwunastnicy. W żołądku wrzody usadowione są najczęściej w zakresie krzywizny małej w pobliżu odźwiernika, w dwunastnicy na tylnej części jej ramienia poziomego. Co się tyczy pochodzenia wrzodów, na podstawie statystyki anatomicznej pewnych danych nie mamy, znajduje się je najczęściej u ludzi z miażdżycą tętnic, wadami serca i zastoiną. Schorzenia mózgu i nerwów nie mają tu znaczenia. Złe gojenie się wrzodów tłumaczyć można złem odżywieniem dna wrzodu, następnie wzmożonemi ruchami robaczkowemi i skurczami spastycznemi, powstającemi na tle wrzodów w ich otoczeniu. Wrzód, jako bezpośrednią przyczynę śmierci, stwierdzono w 22 na 120 przypadków u ludzi z wrzodem żołądka, a u 10 na 64 u ludzi z wrzodem dwunastnicy. W dwunastnicy na tylnej ścianie usadowione wrzody powodują krwotoki, rzadkie, usadowione z przodu, mają dążność do przebicia, dlatego są one niebezpieczne. Co się tyczy gojenia się wrzodów, na 66 wrzodów żołądka, stwierdzono 23 razy zmiany bliznowate, na 43 zaś wrzodów dwunastnicy 18 razy, więc wrzody dwunastnicy nie są złośliwsze od wrzodów żołądka. W pobliżu blizn dwunastnicy wytwarzają się uchyłkowate wypuklenia błony śluzowej. Przejście wrzodu w raka stwierdzili autorzy tylko w 1 przypadku, zatem mniej, jak w 1% przypadków, jakiegoś stosunku między bliznami a bujaniem rakowem nie udało im się wykazać.

*Schusterówna* (Lwów.)

Medizinische Klinik.

Nr. 48. 1924.

Denk. **Rak języka i przełyku.** Zdaniem autora rak języka, płaskokomórkowy, należy do najbardziej złośliwych, szybko przechodzi na dno jamy ustnej i także podniebienie, daje przerzuty drogą naczyń chłonnych, przyczem w gruczołach podszczękowych obustronnie lub skrzyżowanie, sięgając na szyji aż do obojczyków. Etjologicznie znaczną rolę odrywa palenie tytoniu, kiła i uraz miejscowy. Dotyczy ono

częściej mężczyzn, niż kobiet; na Wschodzie u kobiet palących tytoń występuje częściej, niż u nas. Wobec częstego występowania u kiłowych nazwano go rakiem kiłowych palaczy. Rokowanie bardzo wątpliwe ze względu na szybkie zajęcie dna jamy ustnej. Operacja polega na wycięciu przez usta rozszerzone, przez cięcie od kąta ust na zewnątrz. Gruczoły usuwa D. obustronnie. Pomimo stosowania znieczulenia miejscowego, śmiertelność pooperacyjna jest bardzo znaczna.

Płaskokomórkowy rak przełyku występuje głównie w 3 miejscach:

1. w miejscu podziału tchawicy; 2. w dolnym odcinku nad wpustem i 3. rzadko w górnej części. Etjologicznie odgrywają rolę: 1. spożywanie gorących potraw, 2. alkohol, 3. dziedziczne obciążenie, 4. zwężenie przełyku. U ludzi młodych przy różniczkowaniu należy uwzględnić spastyczny skurcz wpustu. Oesophagoscopja i Roentgen ustalają rozpoznanie. Leczniczo — przetoka żołądkowa. Roentgen i radjum zawodzą.

Eiselsberg. **Leczenie operacyjne raka żołądka.** Rak żołądka występuje w 41% wszystkich przypadków raka: u kobiet ma przebieg łagodniejszy i wyniki leczenia operacyjnego bywają lepsze. Pod względem etjologicznym zasługują na uwzględnienie: urazy, pasożyty i pokarmy roślinne. Najczęściej usadowiony w odźwierniku; w 10% powstaje na tle wrzodu Przerzuty w jamie Douglas'a i w jajnikach. Wczesne rozpoznanie trudne — początkowy okres bez objawów. Leczenie jedynie operacyjne sposobem Billrotha II. t. j. po wycięciu — zespolenie tylne pozapoprzecznicowe. Dwuczasowe operowanie i zakładanie przetoki krezkowej — jejunostomję E. odradza. Wyniki niepewne — często występuje posocznia, jako skutek ogólnego wyczerpania odporności ustroju.

Rubritius. **Rak gruczołu krokowego.** R. rozróżnia 3 postaci: 1. zwyrodnienie rakowate przerosłego gruczołu krokowego; 2. rak ograniczony do gruczołu krokowego; 3. rak, który szybko przerasta w otoczenie i powoduje nacieczenie rakowe kości miednicowych. Postać pierwsza pojawia się w 10—20% przerostu gruczołu krokowego, rozpoznajemy głównie badaniem drobnowidowem — przed operacją prawie niemożliwe. Postaci następne łatwo rozpoznać dzięki charakterystycznej twardości guza, szybkiemu jego wzrostowi. Leczenie operacyjne możliwe, o ile guz ograniczony, co do samego gruczołu krokowego wyłuszczenie drogą kroczową. Naświetlanie promieniami X wywołuje nieraz wybitną poprawę, a głównie sprawia ulgę choremu

Steindl. **Rak pęcherzyka żółciowego i trzustki.** W 10% przypadków raka pęcherzyka rozpoznano kamicę; należy wobec tego u starszych ludzi liczyć się z tem i tem chętniej operować kamicę żółciową, gdyż pod jej postacią często kryje się rak. W początkowych okresach daje się doszczętnie usunąć. Rak trzustki przebiega pod postacią przewlekłego zapalenia — rozpoznanie właściwe trudne — wyniki operacyjne nielicznych przypadków bardzo złe.

A. Fraenkel. **Rak piersi.** Co do pochodzenia, należy uważać raka piersi za raka skórnego, wobec tego, że gruczoł mleczny pochodzeniem swem jest pokrewny gruczołom skórnym. Etjologicznie ważnym jest uraz, czego dowodzi też częstość pojawiania się u kobiet, u których narząd ten jest tak wybitnie narażony na działanie czynników zewnętrznych. Należy bacznie śledzić za pierwotnemi zmianami pourazowemi; można będzie wówczas, znając je, owocniej walczyć w okresie powstawania raka. Guzy pojedyńcze, ruchome, niebolesne należy zawsze traktować ostrożnie — gdyż często pod postacią »łagodnych« guzów rozwija się rak. Małe guzy dają nieraz wczesne liczne i duże przerzuty. Leczenie — tylko operacyjne we wczesnym okresie.

Hajek. **Rak krtani.** Leczenie operacyjne we wczesnych okresach daje dobre wyniki. H. zna przypadki wyleczone po 25 latach od operacji. Czynnościowo uzyskuje się znaczną sprawność. Najczęściej występuje rak ten w gruczołach po 1/2—1 roku. O ile nacieczenie rakowe występuje na zewnątrz chrząstek i zmiany w gruczołach są obecne — rokowanie jest zwykle niepomyślne; pozostaje wówczas Roentgen i radjum. Brodawczaki tylko u dzieci mają charakter łagodny, jakkolwiek dają nawroty; u dorosłych zaś zawsze należy być bardzo ostrożnym, gdyż często rak krtani występuje pod postacią brodawczaka.

Breitzer. **Rak gruczołu tarczykowego.** Nagły, nieumotywowany wzrost dawniej istniejącego wola budzić winien podejrzenie raka. Rokowanie złe Leczniczo zaleca się naświetlanie, jako metodę z wyboru. Tracheotomja sprowadza znaczną ulgę. *T. Ostrowski* (Lwów).

Archiv für klinische Chirurgie

T. XXXII. Z. 1.

C. Haebler. **O niszczeniu chrząstki przez raka.** Chrząstka w przypadkach sąsiadującego z nią rakowego procesu ulega początkowo zniszczeniu nie przez samą właściwą tkankę rakową, ale przez nacieczenia zapalne drobnokomórkowe, które, jak wiadomo, są charakterystycznym składnikiem tkanki łącznej w otoczeniu tkanki rakowej. Dopiero następowo dostaje się do chrząstki właściwa tkanka rakowa i ta powoduje dalszy proces zniszczenia chrząstki. Podnieść należy, że komórki tkanki chrzęstnej stosunkowo są bardzo odporne na owe niszczące działanie tkanki rakowej.

G. Körbler. **Badania nad działaniem surowicy krwi i osocza chorego rakowego na tkankę w eksplantacie.** Surowica krwi działa niszcząco na tkankę eksplantatu, przyczem to działanie niszczące pojawia się najsilniej w zakresie tkanki rakowo niezmienionej a należącej do chorego rakowego. U człowieka zdrowego działanie to jest nieznaczne, prawie żadne, o ile chodzi o działanie surowicy na samą tkankę rakową. Na podstawie swych badań autor potwierdza zapatrywanie, że w przypadkach raka zachodzi istotnie zasadnicza zmiana w ustroju chorym.

G. Kelling. **Dalsze badania nad zagadnieniem nowotworów.** W zapatrywaniach swych na zagadnienie powstawania nowotworów opiera się autor przedewszystkiem na sile twórczej ustroju czy tkanki żywej, która działa nawet na najmniejsze przestrzenie tkaninowe i może oddziaływać na wszelkie przejawy życiowe tkanki lub komórki. Siły te znajdują się szczególnie w komórkach embrjonalnych i w gruczołach rozrodczych płodów. Dzięki licznym badaniom przekonano się, że tkanka embrjonalna może doskonale bujać na zwierzęciu innem i może nawet tworzyć nowotwory. Dalej wypowiada autor nieco dziwne zapatrywanie, że są także nowotwory, których powstanie należy odnieść do zakażenia komórek nabłonkowych tworami żywemi *(Lebenselemente)*, mniejszemi nawet od samych komórek tkaninowych, które zachodzą bardzo prawdopodobnie w gruczołach rozrodczych płodów. *N.*

Wraczebnoje Obozrienje.

Nr. 9. 1924.

Leyden. **W sprawie etjologji raka.** Ciekawe dane, wygłoszone przez poważnego badacza Ferd. Blumenthala w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie dnia 1. listopada roku ubiegłego, a następnie ogłoszone przez ucznia jego Leydena w Berlińskiem piśmie rosyjskiem, zasługują na wyróżnienie ze względu na zwrot w kierunku bakterjologicznym.

Jak wiadomo, oddawna odnosili niektórzy powstawanie nowotworów do działania pasożytów. Jensen dowiódł jeszcze w roku 1901 możliwość przeszczepienia nowotworów na szereg generacyj zwierząt doświadczalnych (szczury, myszy, kury, psy i zające). Ale po dziś dzień niewytłumaczono przyczyny przyjęcia się wszczepu nowotworu w nowym ustroju. Jako niezbędny warunek dla pomyślnego wszczepienia nowotworów uważano nieuszkodzenie przeszczepianej komórki rakowej. Zapatrywanie to stara się obalić Roux zapomocą doświadczeń, że mięsak kury, w postaci sproszkowanej albo w postaci wyciągu przesączonego, może również spowodować powstanie mięsaka. Doświadczenia powyższe dowodziłyby, że dla powstania nowotworów doświadczalnych niekonieczne jest zachowanie całości komórek; wobec tego przypuszczaćby należało istnienie działania niewidocznego zarazka przesączalnego, alboteż ciała przyrody zaczynowej. W sprawie etjologji raka wysuwano szereg czynników, tłumaczących jego powstanie: 1. Schorzenia pasorzytnicze, jak

n. p. kiła i gruźlica, dalej pasożyty zwierzęce już dawniej uważane były za poważną przyczynę, współdziałającą w powstawaniu nowotworów złośliwych. Znane doświadczenia Fibiger'a wykazują, że najpierw powstaje zwykle nowotwór dobrotliwy, który dopiero z biegiem czasu przechodzi w bujanie rakowe lub mięsakowe. Pasożyty w danym przypadku powodują podrażnienie przewlekające się, które zmienia prawidłowy charakter komórek do tego stopnia, że w odpowiednich warunkach przeistaczają się one w komórki rakowe. W ten sposób powstaje schorzenie przedrakowe. 2. Podrażnienia nieorganiczne niemniej często uważane są również za przyczynę powstania raka, jak n. p. rak kominiarzy, rak pęcherza moczowego w fabrykach aniliny, rak płuc u robotników w kopalniach kobaltu i t. d. — w tych przypadkach substancja chemiczna ma znaczenie czynnika drażniącego. 3. Za przyczynę raka uważano podrażnienie mechaniczne, jak stłuczenie, uraz albo tarcie. Ostatniemi czasy doświadczenia Jamagiwa i Ishikawa dowiodły, jak wiadomo, możliwości wywołania raka doświadczalnego z przerzutami zapomocą drażnienia smołą pogazową.

Sprawa etjologji raka, jak widzimy, wciąż się obraca dookoła starej teorji drażnienia Virchowa. Blumenthal uważa, że rola drażnienia w powstawaniu nowotworów nie podlega żadnej wątpliwości, lecz rozstrzygające znaczenie ma nie tyle częstość podrażnienia, ile raczej jakość działającego czynnika drażniącego. Z tego wynika, że nie każdy czynnik może być czynnikiem drażniącym. Po tych wstępnych przesłankach doświadczenia Blumenthal'a niżej podane będą bardziej zrozumiałe. Lewis Schmith wykrył drobnoustrój w nowotworach roślinnych, zwanych »*Plantacancer*«, a nazwał go *bact. tumefaciens (tumor faciens)*. Schmith, Werner i Magnus zapewniają, że mechanizm powstania nowotworów pod wpływem drobnoustrojów wspomnianych jest zupełnie podobny do tego, jaki spostrzegamy u ludzi. Zdaniem ich, nowotwory rakowe u ludzi są wywołane również przez drobnoustroje tego samego typu (*bact. tumefaciens*). Drobnoustroje te, według Blumenthal'a, podobnie, jak osa po ukąszeniu, giną w komórkach tkankowych, a rola ich polega na prowokacji drażnienia. To też szukać ich należy tylko w okresie przedrakowym tak w tkankach u ludzi, jak także w roślinach. Blumenthal stwierdzał obecność drobnoustrojów nie tyle w samym miąższu nowotworowym ile raczej na obwodzie tychże, przeważnie w miejscach przejścia tkanki schorzałej w zdrową. Drobnoustroje te zupełnie odpowiadają *bact. tumefaciens*. Badania Blumenthala wzbudzają zaciekawienie z tego względu, że wykrycie przez niego drobnonstrojów w 12 przypadkach nowotworów złośliwych na 30 badanych chorych nowotworowych mogłyby tłumaczyć w pewnym stopniu znaczenia drażnienia dla stopnia rozrostu nowotworu złośliwego. W kilku przypadkach udało mu się wyhodować czystą kulturę, która, zastrzyknięta myszom i szczurom, wywoływała już po upływie kilku dni na miejscu wkłucia wymacalny guz, wielkości ziarna grochu. Guz ten utrzymywał się w ciągu 1—2 tygodni i ulegał przemianom wstecznym. W żadnym przypadku nie udało mu się otrzymać guza rozmiarów większych, który albo z biegiem czasu znikał albo zwierzę ginęło z powodu zatrucia Wobec tego Blumenthal wpadł na pomysł użycia zasady teorji drażnienia w doświadczalnem wywoływaniu nowotworów i pobudzenie rozrostu tychże. Zastosował on więc w doświadczeniach swoich środek drażniący. Do hodowli drobnoustrojów wspomnianych dodawał on krzemionkę i płyn obrzękowy, pobrany od chorej na raka. Ta mieszanka, podawana myszom, szczurom i morskim świnkom, wywoływała w ciągu 8—14 dni guz nowotworowy, dochodzący wielkości fasoli lub wiśni, a niekiedy nawet do połowy rozmiarów samego zwierzęcia doświadczalnego. W tych przypadkach, w których nowotwór z biegiem czasu znikał, autor uważa, że siły życiowe ustroju były na tyle znaczne, że potrafiły zwalczyć schorzenie wywołane. O ile, jak wiemy, Smithowi udało się wywołać u pstrągów nowotwór doświadczalny typu mięsaka zapomocą *bact. tumefaciens*, to Blumenthal otrzymywał dodatnie wyniki u zwierząt ciepło-krwistych i zimno-krwistych zapomocą *bact. tumefaciens* z domieszką krzemionki. Blumenthal na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego pokazał hodowlę drobnoustroju i preparaty doświadczalnie otrzymanych nowotworów oraz przerzuty tychże, stwierdzając: 1. że wyosobnione przez niego drobnoustroje z nowotworów ludzkich odnieść należy do grupy *bact. tumefaciens;* 2. że, zastrzyknięte zwierzętom, powodują nowotwory u szczurów, przechodzące aż do czwartej generacji; 3. otrzymane nowotwory mogą dawać przerzuty i od drugiej generacji histologicznie najwięcej przypominają utkaniem raka lub mięsaka myszy; 4. badane nowotwory doświadczalne w pierwszej generacji wykazują obecność drobnoustrojów. Blumenthal sądzi, że doświadczenia jego wskazują nie tyle na nowy żywy czynnik drażniący, ile raczej na czynnik przenoszący nowotwory do ciała ustroju. Wątpić należy, aby badania Blumenthal'a mogły rozstrzygnąć sprawę etjologji nowotworów, rzucają one jednak nowe światło na ostatnie zdobycze w tej dziedzinie i zasługują z tego względu na uwagę. *W. Janusz* (Lwów).

---

## Bibljografja.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

#### Piśmiennictwo Polskie.

#### Wydawnictwa Polskiego Komitetu dla zwalczania raka.

Komitet wydaje »Biuletyn Polskiego Komitetu dla zwalczania raka« (*Bulletin du Comité Polonais pour la lutte contre le Cancer*). Pismo wychodzi co trzy miesiące. Redakcja: dr. Sterling-Okuniewski, Warszawa, Marszałkowska 41. Treść pisma stanowią artykuły oryginalne, streszczenia z piśmiennictwa, sprawozdania z czynności samego Komitetu oraz komunikaty, dotyczące sprawy walki z rakiem. Prócz tego staraniem Komitetu wyszły następujące broszury: 1. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski: O wczesnem rozpoznawaniu raka. — 2. Dr. Bronisław Bartkiewicz: Rak wargi dolnej. — 3. Br. Mikołaj Rejchman: Djagnostyka ogólna chorób przewodu pokarmowego. — 4. Nowotwory. Prace z zakładów Anatomji patologicznej Uniwersytetów Polskich. 1923. — 5. Prof. dr. Witold Nowicki: O chorobie raka i jej zwalczaniu. — 6. Dr. Bronisław Wejnert: Stosunek Szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby. (Odb. z P. Gaz. lek. 1922). — 7. Dr. Bronisław Wejnert: Rak przewodu pokarmowego. (Odb. z P. Gaz. lek. 1923). — 8. Dr. Bronisław Wejnert: W sprawie profilaktyki raka. (Odb. z P. G. L. 1924).

#### Bibljografja książek oryginalnych, poświęconych rakowi w piśmiennictwie światowem.


P. Lecène i G. Wolfromm: Cancer du rein, du la glande surrénale et des voies urinaires supérieures. 1 Volume de la »Biblioteque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

Chalier i H. Moudor: Cancer du Rectum. 1 volume de la »Bibliothèque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

L. Berard i Ch. Dunet: Cancer thyroidien. Paris 1924 (Doin, éditeur).

J. Okinczyc: Cancer de l'Intestin. 1 volume de la »Bibliothèque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

A. Marguet: Etude sur le mode de propagation des cellules cancéreuses et les modifications des tissus infiltrés. Thèse Faculté de Médecine. Paris 1924 (Am. Legrand édit).

R. Bonnenmaison: Modifications des éléments cellulaires dn sang chez les cancéreux. Paris 1924 (d. Arnette, edit.).

G. Roussy: L'état actuel du problème du Cancer. Collection »Science et civilisations« Gauthier-Villars et C-ie éditeurs. Paris 1924. — E. Duraux: Les Cancers. 1 volume de 268 pages Paris 1924. Masson et C-ie, éditeurs. — Congrès du Cancer. Strassbourg, 1923. Paris. Masson et C-ie éditeurs. Tome I. — Rapports. Tome II. — Comptes rendus des discussions et communications.

Fr. Bang: Bidrad til Studiet of Kraeftsygdomens Klinig og Pathogenese (Klinika i patogeneza schorzenia rakowego). Kopenhaga 1924.

C. Sternberg: Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten, im besonderen der Karzinome. Wien. J. Springer 1924.

Cesury Duercy: La dermatosi precancerosa del Bowen. Roma 1924.


#### Zestawienie pism perjodycznych, poświęconych rakowi:

1. Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer. Paris. Edit. Masson et C-ie.
2. Archives d'Electricité Médicale et de Physiotherapie du Cancer. Bordeaux.
3. Les Néoplasmes. Paris.
4. Le Cancer, Journal Belge d'Etudes Cancérologiques. Bruxelles, 43, Rue des Eperonniers.
5. The Journal of Cancer Research. New-Jork.

6. Scientific Report of the Imperial Cancer Research Fund. London.
7. Rapport de l'Assoc. Cancérologiques Japonaise.
8. Zeitschrift für Krebsforschug.
9. Tumori. Roma.

## Wszechpolski Zjazd w sprawie walki z rakiem.

Od kilku lat czynny Polski Komitet do zwalczania raka, mający siedzibę w Warszawie, urządził Zjazd w Warszawie w dniu 14 grudnia z. r. w celu rozciągnięcia akcji walki z rakiem na wszystkie ziemie Rzeczypospolitej. Podjęcie tej akcji w całej Polsce mogło się urzeczywistnić tylko przez odpowiednie zorganizowanie Komitetów, rozmieszczonych przynajmniej we większych środowiskach, w których znajdą się ludzie, środki i wogóle warunki, potrzebne do urządzenia i wykonania oraz podtrzymywania tego wszystkiego, czego wymaga walka z rakiem — hasło jeszcze mało u nas spopularyzowane wśród ludności, a nawet wśród samych czynników miarodajnych, przedewszystkiem wśród lekarzy samych.

W Zjeździe wzięli udział delegaci z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania, Warszawy i Wilna, przedstawiciele Rządu, w szczególności Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia, Sejmu, Senatu, przewodniczący Związku miast, m. Warszawy, Uniwersytetu i Wydziału lekarskiego warszawskiego i w. in.

Porządek obrad obejmował:

1) Zagajenie posiedzenia przez Prezesa Komitetu.
2) Wybór Prezydjum.
3) Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka.
4) Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem.
5) Fundusze na walkę z rakiem i udział Rządu.
6) Dyskusja z wypowiedzeniem się uczestników Zjazdu co do stanu walki z rakiem w poszczególnych dzielnicach kraju.
7) Wnioski.
8) Sprawa nowotworów na XII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy.
9) Ankieta.
10) Wybór Komisji dla wykonania postanowień Zjazdu.

Zjazd otworzył prezes Polskiego Komitetu do zwalczania raka p. Barylski przemówieniem następującem:

Głęboko wzruszony jestem rolą, jaka mi w udziale przypadła: witam dziś zastęp najbardziej zasłużonych dla nauki polskiej mężów, przedstawicieli Rządu, Senatu, Sejmu, Samorządów i Społeczeństwa; witam tych, którzy na prośbę Komitetu do zwalczania raka nie odmówili swej cennej współpracy w doniosłem dziele dla dobra ludzkości, które z wielkim mozołem prowadzą we wszelkich kulturalnych krajach pokrewne nam Komitety.

Dzień dzisiejszy w dziejach walki z rakiem na ziemiach polskich stanowi rozpoczęcie nowej ery; nareszcie poszczególne poczynania zostaną ujęte w celową i uplanowaną całość, rozwiną harmonijne dzieło wszystkie dotychczasowe luźne czynności i dadzą społeczeństwu zespoloną organizację leczniczą.

Otwierając, jako prezes Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Zjazd dzisiejszy, życzę mu z głębi serca jaknajbardziej pomyślnych owoców pracy dla dobra sprawy, która nas wszystkich tak głęboko interesuje, oraz proponuję do Prezydjum posiedzenia przedpołudniowego Zjazdu na przewodniczącego prof. Ciechanowskiego, na zastępców: prof. Nowickiego (Lwów), prof. Wrzoska (Poznań) i prof. Władyczkę (Wilno); do Prezydjum zaś posiedzenia popołudniowego: na przewodniczącego prof. Gantkowskiego (Poznań), na zastępców: Doc. Bocheńskiego (Lwów) i prof. Venuleta (Łódź).

Z kolei wygłosił dr. Bronisław Wejnert (Warszawa) referat:

### Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

Przeszło trzechletnia działalność Polskiego Komitetu do zwalczania raka rozwijała się w trzech zasadniczych kierunkach: naukowym, praktycznym i propagandowym. Jakkolwiek nie wszystkie poczynania i zamierzenia, w które włożono wiele pracy, uwieńczone zostały pożądanym pomyślnym rezultatem, to jednak osiągnięte wyniki we wszystkich trzech wspomnianych kierunkach są na tyle znaczne, iż z zadowoleniem stwierdzić możemy, że praca nasza, pomimo znacznych trudności, jakie na swej drodze spotykała, nie idzie jednak na marne.

Pod względem naukowym »Komitet« udzielał poparcia osobom pracującym naukowo w kierunku badań nad nowotworami i dostarczył piśmiennictwu polskiemu szereg wydawnictw, jakiemi są:

1. O wczesnem rozpoznawaniu raka. Dr. Sterling-Okuniewski.
2. O chorobie raka i jej zwalczaniu. Prof. Nowicki.
3. Rak wargi dolnej. Dr. Bartkiewicz.
4. Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka. Dr. Wejnert.
5. Djagnostyka chorób przewodu pokarmowego. Dr. Mikołaj Rejchman.
6. Rak przewodu pokarmowego. Dr. Wejnert.
7. Nowotwory (tom zbiorowy) pod redakcją prof. Hornowskiego.
8. W sprawie profilaktyki raka. Dr. Wejnert.

Stworzenie pierwszego w Polsce czasopisma, poświęconego walce z rakiem. stanowi niewątpliwie poważny przyczynek do walki z rakiem w naszym kraju. »Biuletyn« coraz lepiej się rozwija, zyskując czytelników i współpracowników. Do naukowej działalności zaliczyć także musimy urządzenie (przy współudziale profesorów Uniwersytetu Warszawskiego) dziesięciu odczytów naukowych, dwóch wieczorów dyskusyjnych, dwóch referatów na Zjeździe Higjenicznym, dwóch w Tow. Lekarskiem i jednego w Stowarzyszeniu Lekarzy. Jeżeli dodamy jeszcze do tego ułożenie tablic statystycznych (które w swoim czasie wysłane były na wystawę w Strassburgu), próbę ankiety dla 23 miast polskich oraz zorganizowanie łącznie z generalną Dyrekcją Służby Zdrowia wszechpolskiej ankiety (o której w osobnym punkcie porządku dziennego będzie mowa), to wyczerpiemy w ogólnych zarysach działalność naukową Komitetu.

Przejdźmy do strony praktycznej. Komitet założył i prowadzi przychodnię, która po długotrwałej tułaczce po obcych instytucjach, mieści się nareszcie we własnym lokalu, uzyskanym z wielkiemi trudnościami. Organizacji jej tu nie opisuję, ograniczę się tylko do zaznaczenia, iż za jej pomocą udzielamy miesięcznie około 80 porad we wszelkich specjalnościach. Chorzy nasi mają zapewnione wszelkie badania (chemiczne, anatomo-patologiczne i t. p.) oraz leczenie: chirurgiczne, radowe i roentgeniczne. Oprócz stałego lekarza »Przychodni« pracuje dla niej szereg lekarzy specjalistów, między którymi radjolodzy, mieszczącej się w naszym lokalu i Spółki radowej krakowskiej, której wybitnie dopomogliśmy do otwarcia oddziału warszawskiego. Umowa ze Spółką krakowską spowodowała przerwanie będących na ukończeniu rokowań, które prowadziliśmy w celu sprowadzenia radu z zagranicy z Radjum-Belgue i z niektóremi przedsiębiorstwami paryskiemi. Tak więc dzięki naszemu poparciu Spółka Krakowska zaopatruje Warszawę w rad. Chęć jaknajszerszego stosowania tego środka leczniczego i badań naukowych w tym kierunku skłaniała Komitet do współpracy z Towarzystwem im. Skłodowskiej-Curie już od drugiej połowy roku ubiegłego.

Inicjatywa »Daru Narodowego« (który ma na celu budowę Instytutu na wzór Fondation-Curie) i utworzenie w tym celu Komitetu, pod przewodnictwem marszałka Senatu Trąpczyńskiego i byłego premjera Ponikowskiego jest wyłącznem dziełem Rady Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Myśląc o »Instytucie-Curie« Rada od samego początku swego istnienia nie przestawała troszczyć się i zabiegać o budowę własnego szpitala-lecznicy wraz z instytutem do badań nad rakiem, uważając to za jeden z najistotniejszych punktów swego programu. Jasnem jest, iż w ubiegłym okresie zrealizowanie tego było niepodobieństwem, udało się jednak uzyskać od Uniwersytetu przyznanie nam placu pod budowę

projektowanego Instytutu (obok placu, przyznanego Towarzystwu im. Curie). Nad projektami budowy zastanawiano się na szeregu posiedzeń, z udziałem architekta b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Obecnie więc energiczne zabranie się do tego dzieła jest naszem najżywszem pragnieniem i zamiarem. Trudną tu rzeczą będzie oczywiście strona finansowa. Na dotychczasowe przedsięwzięcia nasze potrafiliśmy zawsze zdobyć potrzebne fundusze za pomocą naszej sekcji dochodów niestałych — ale budowa gmachu, przeznaczonego dla obsłużenia całej Rzeczypospolitej, wymaga już tak wielkich sum, że dobroczynność samej tylko Warszawy dostarczyć ich nie będzie w stanie i tylko przy współudziale całego kraju, Rządu i Samorządów uda się tę sprawę urzeczywistnić.

Co się tyczy propagandy, musimy rozróżnić dwa punkty: działalność wewnątrz kraju i stosunki z zagranicą. Do pierwszego odnosimy rozsyłanie odezw do różnych instytucyj, umieszczanie artykułów w pismach codziennych, rozlepianie reklam w tramwajach i t. d., a zwłaszcza szereg odczytów popularnych, jak również referatów i konferencyj propagandowych, w instytucjach pokrewnych i na Zjazdach (Tow. im. Curie, Koło Medyków, Tow. Lekarskie, Zjazd Ginekologiczny, II. Eugeniczny i t. d.).

Osobne miejsce w dziale propagandy muszą zająć wyjazdy delegatów oraz ich konferencje, odczyty i starania, zmierzające do rozszerzenia działalności Komitetu poza obrąb Warszawy. Udało się to, jak dotychczas, tylko dla Wilna, z którym pertraktacje rozpoczęte były najpóźniej, a które już dziś poszczycić się może realnemi wynikami swej pracy w postaci Przychodni już istniejącej. Z zagranicą weszliśmy w rozgałęzione stosunki. Komitet polski należy do Ligi Franko-Anglo-Amerykańskiej do zwalczania raka, oraz nawiązał przez swych delegatów osobisty i bliski kontakt z osobami, stojącemi na czele ruchu przeciwrakowego w różnych krajach (prof. Hartman, Paryż; prof. Eiselsberg, Wiedeń; profesorowie: Viola, Forni i Swameni, Bologna; Dr. Cholewa, Zagrzeb; prof. Fibigier, Kopenhaga i inni, muszę tu wspomnieć nawiasem, iż ten ostatni w tych dniach przesłał nam suasponte wszystkie nowsze wydawnictwa duńskie, dotyczące raka, co zasili naszą bibljoteczkę, która już i dziś posiada, poza polskiemi, dzieła niemieckie, francuskie, angielskie i inne.

Oto w krótkich słowach wyniki trzechletniej pracy Rady Komitetu, której członkowie odbyli w tym czasie 70 posiedzeń plenarnych, drugie tyle w zmniejszonym komplecie, około 60 drobnych konferencyj wewnętrznych i przeszło 25 narad z instytucjami pokrewnemi. Jeżeli weźmiemy tu pod uwagę czas potrzebny do wprowadzenia w życie uchwał każdego posiedzenia i czas zużyty na różne wyjazdy — to jasnem będzie, że nakład pracy i czasu był duży. Być może, iż realne wyniki wydadzą się Szanownym Panom nie we wszystkiem proporcjonalne do ilości zużytego czasu i pracy włożonej, ale trzeba mieć na względzie wielkie trudności, jakich nastręczały: zły stan finansowy kraju wogóle, brak zupełny poparcia na prowincji i małe zrozumienie ze strony wielu lekarzy, zwłaszcza w początkach naszej działalności. Dzisiaj sprawa znacznie już posunęła się naprzód, następny okres będzie niewątpliwie łatwiejszy i obfitszy w plon. W sprawie postulatów tego przyszłego okresu i dalszego rozwoju organizacji oczekujemy wypowiedzenia się Szanownych Panów, ich rady i współdziałania. Jako materjał do ewentualnej dyskusji wygłoszone będą dwa krótkie referaty, przedstawiające punkt widzenia Rady Komitetu na sprawy powyższe.

Docent dr. Sterling-Okuniewski (Warszawa) przedstawił:

## Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem.

Nawiązując do słów przedmówcy, stwierdzić muszę, że 3 i pół letni okres działalności Komitetu wykazał pewne braki organizacyjne, co wpłynęło prawdopodobnie ujemnie na dalszy rozwój poczynań na polu walki z nowotworami w Polsce. Nauczeni smutnem doświadczeniem, przekonaliśmy się, że jedyną drogą celowego zespolenia wszelkich działań w tym kierunku jest wzajemne porozumienie się wszystkich działaczów na tem polu, a przedewszystkiem ułożenie ogólnego planu dla całej Polski, z uwzględnieniem, naturalnie, warunków miejscowych. Musi to być rzecz jasna, całkowita decentralizacja czynu z pewną centralizacją planu oraz z pewnym pomocniczym organem wykonawczym w stolicy, głównie w celach porozumiewania się w razie potrzeby z władzami oraz z ciałami prawodawczemi, jak również w celu utrzymywania stałego kontaktu z innemi instytucjami społecznemi i ze stowarzyszeniami zagranicznemi.

W ten sposób projektowana organizacja naturalnie, na pewien względnie niedługi, może paroletni okres czasu, byłaby następująca:

1. W Warszawie, Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie powstają Komitety do walki z rakiem.

2. Rada każdego Komitetu składa się z pewnej liczby członków według zwykłej organizacji instytucyj społecznych. Wyłania ona z siebie sekcje: propagandy, dochodów niestałych, naukową i, w razie potrzeby, inne. Pozatem posiada Komitet Pań, mający za zadanie odwiedzanie chorych na mieście, kontrolę nad nimi, badanie warunków sanitarnych, wyszukiwanie funduszów na wsparcia itd.

3. Należy wszelkiemi siłami dążyć do tego, aby przy każdym Komitecie powstały, jako istotne środki do walki z rakiem:

a) przynajmniej jedna przychodnia, obsługująca miasto oraz otaczające powiaty, ew. jako przychodnia wojewódzka. W przychodni stale pracuje jeden lekarz, korzysta jednak z pomocy licznych specjalistów, do których kieruje każdego chorego, nastręczającego jakiekolwiek wątpliwości;

b) środki światłolecznicze — odpowiednia ilość radu, przynajmniej 100 miligr. dla każdego Komitetu, dla Warszawy 200, oraz odpowiednie silne aparaty roentgenowskie (o napięciu 300.000 wolt).

O ile do leczenia promieniami Roentgena możliwe jest korzystanie z aparatów prywatnych, znajdujących się prawie w każdem większem mieście, a już zwłaszcza tam, gdzie będzie Komitet nasz, o tyle do leczenia radem konieczne jest korzystanie z specjalnych oddziałów szpitalnych, których utworzenie powinno stanowić jedno z podstawowych dążeń każdego Komitetu.

c) Oddział szpitalny z 20—30 łóżek, zależnie od wielkości Województwa, które musiałby on obsługiwać, jest niezbędny już choćby ze względu na bezpieczeństwo radu, oraz na konieczność posługiwania się tym środkiem leczniczym przez jednego wykwalifikowanego fachowca, który tylko wówczas będzie mógł pracować najwydatniej i z największą korzyścią dla sprawy, gdy będzie miał cały materjał do naświetlania pod ręką, gdy będzie mógł układać całą pracę z góry, a nie tracić czasu na niepotrzebne przejazdy, wyczekiwanie, aż uwolni się łóżko szpitalne, aż zgodzi się na przyjęcie chorego lekarz dyżurny szpitala, ordynator i t. d. Wiemy, niestety, z własnego doświadczenia, jak przykro odbija się na pracy radjologa brak własnego warsztatu pracy, jak zmniejsza liczebnie naświetlany materjał ludzki, jak podnosi przeto koszta leczenia radem.

Dążeniem Komitetu musi być, aby oddział taki powstał kosztem miasta, jak każdy zwykły oddział szpitalny był utrzymywany łącznie z personalem na koszt samorządu. Powinien jednak posiadać również salę operacyjną, aby nie stanowił jedynie stacji światłoleczniczej, lecz istotny oddział kliniczny, zaopatrzony również w pracownię kliniczną.

Tu wspomnę, że do najważniejszych zadań warszawskiego Komitetu, a więc obecnie Polskiego Komitetu do zwalczania raka należy utworzenie nowożytnej lecznicy. Lecznica taka, obliczona na 100 łóżek, składałaby się z dwóch oddziałów, z których jeden byłby przeznaczony dla niezamożnych, drugi dla osób, mogących opłacić koszty utrzymania w lecznicy i w ten sposób umożliwić istnienie tego rodzaju instytucji. Lecznica-szpital dla rakowatych wystarczyłaby niewątpliwie dla obsłużenia całego kraju, musi posiadać jednak wszelkie urządzenia nowoczesne łącznie z salami operacyjnemi oraz energją świetlną.

Wróćmy do oddziałów szpitalnych, o których mówiliśmy powyżej.

O ile warunki tego pomieszczenia oddziałowego pozwoliłyby, można by myśleć o urządzeniu w podziemiach jego aparatu Roentgenowskiego. Gdyby to jednak było niemożliwe, należałoby roentgenoterapję przekazać uniwersytetom, w tych miastach, gdzie one się znajdują. Wogóle cała sprawa byłaby znacznie prostsza, gdyby ją można ściśle związać z uniwersytetem, tak jak to uczyniono we Francji. Niestety, u nas jednak najprawdopodobniej sprawa w ten sposób nie uda się przeprowadzić; koniecznym będzie podział pomiędzy samorządy, uniwersytet, urządzenia społeczne, zresztą wiele tu będzie zależeć też od warunków miejscowych każdego Komitetu tak, iż na razie nie uda się zapewne ułożyć jednolitego *modus procedendi*.

Jest jednak faktem niezbitym, że w dzisiejszym stanie wiedzy jedynie celową i racjonalną bronią w zwalczaniu raka w czynności każdego Komitetu jest zespolenie przychodni z oddziałem szpitalnym, mogącym rozporządzać odpowiednią energją świetlną.

Badania anatomo-patologiczne dla potrzeb Komitetu będą zawsze z chęcią wykonywały zakłady uniwersyteckie, a badania takie należy uprzystępnić wszystkim lekarzom na prowincji — i tu jednem z najważniejszych zadań Komitetu będzie ułatwienie lekarzom prowincjonalnym korzystanie z tych badań bezpłatnie we wszelkich przypadkach podejrzanych.

Nie będę tu poruszał obszerniej innych spraw, połączonych z działalnością Komitetów, jak propagandy zarówno pisemnej, jak ustnej. Do ostatniej chciałbym tu tylko zaliczyć odczyty naukowe dla lekarzy, którzy stanowią dotąd jeszcze obojętny, niestety, czynnik, w walce społecznej z rakiem. Przeto uświadamianie szerszego ogółu lekarzy o pewnych dodatnich wynikach walki z rakiem powinno nam zawsze leżeć na sercu.

O planowych i zorganizowanych badaniach naukowych Komitetu nie mówię narazie — są to dziś jeszcze sprawy przedwczesne. Może na następnym Zjeździe naszym staną się one bardziej aktualne.

Komitet pań, którego organizacją zajmujemy się obecnie w Warszawie, może przynieść duże usługi, jak wykazało doświadczenie Ligi paryskiej. O zadaniach takiego Komitetu mówiliśmy ogólnikowo wyżej — nie poruszamy już tej sprawy więcej.

Pozostaje natomiast jeszcze do omówienia sprawa doniosłego znaczenia, mianowicie umieszczania chorych nieuleczalnych na raka w jakichś przytułkach specjalnych. Tu otwarcie powiedzieć sobie musimy, że w dzisiejszym stanie walki z nowotworami sprawa ta u nas jest niesłychanie prosta: prawie wcale nie istnieje i wcale się o niej nie mówi. Poza Królikarnią pod Warszawą, i może jeszcze jakimś przytułkiem w innej dzielnicy kraju, Polska nie posiada żadnych zakładów, przeznaczonych dla tego rodzaju chorych. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że na ziemiach polskich — powiedzmy w okresie miesięcznym — umiera na raka przynajmniej kilka tysięcy ludzi, z których nie mała część ubogich, a więc w najokropniejszych warunkach domowych, z wielką przykrością, a nieraz być może i szkodą dla otoczenia, to zarówno ze względów humanitarnych, jak i higjeny społecznej, nasuwa się konieczność wyodrębniania tych ludzi i poddania ich obserwacji lekarskiej.

Naturalnie, utworzenie w obrębie każdego Komitetu takiej »Kalwarji«, jak nazywają Francuzi instytucje tego rodzaju, byłoby zupełną niemożliwością materjalną, a nawet do pewnego stopnia rzeczą zbędną. Zdaje mi się, że byłoby zupełnie wystarczające utworzenie na razie trzech lub czterech takich przytułków: jednego o 100 łóżkach w okolicy Warszawy, dwu—trzech każdy o 50 łóżkach dla Małopolski, Poznańskiego i Kresów Wschodnich. Przytułki te powinny być umieszczone w małych miasteczkach w pobliżu wielkiego miasta i odwiedzane przez lekarza przynajmniej kilka razy w tygodniu. Nadzór nad przytułkiem należałby do Komitetu, na którego terytorjum przytułek się znajduje. Gmach pod taki przytułek musiałby być ofiarowany przez Rząd z licznych zniszczonych budynków rządowych na prowincji, ewentualnie przez sejmik powiatowy, samorząd miejski lub wiejski, ostatecznie drogą ofiarności społecznej.

Tyle o organizacji każdego z Komitetów.

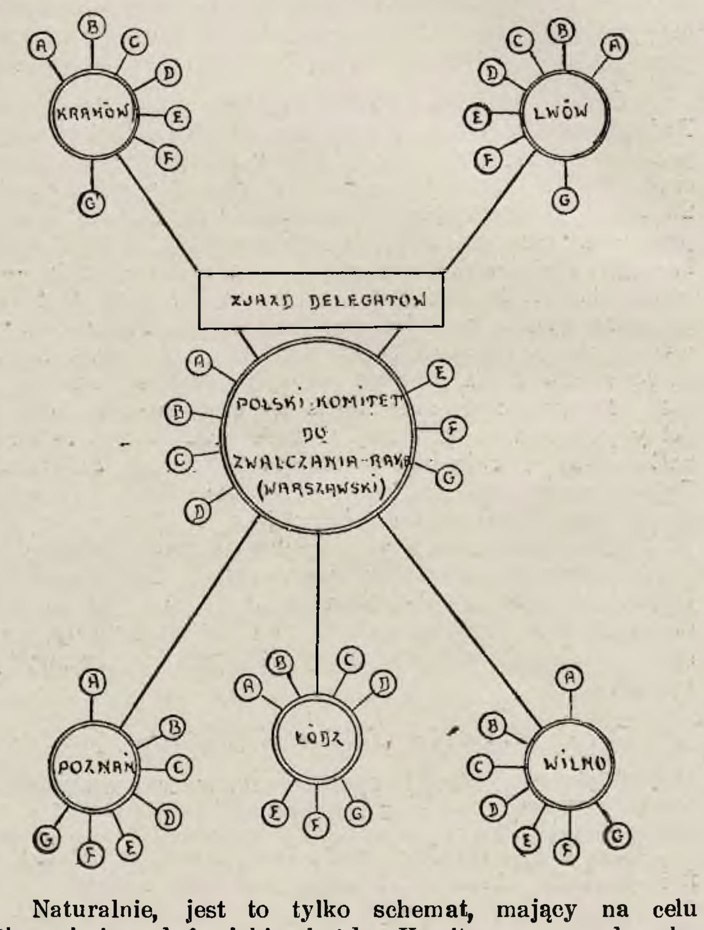
* * *

Delegaci wszystkich Komitetów muszą się zjeżdżać co pewien okres czasu, w celu omawiania wszelkich spraw, związanych z walką z rakiem, rozporządzania funduszami ofiarowanemi przez Rząd, względnie przez inne czynniki, i przeznaczonemi na cele całości, zwracania się zbiorowe z postulatami do Sejmu, Senatu, Rządu i t. d.

Jako ekspozytura Zjazdu delegatów pracować będzie w Warszawie Polski Komitet do zw. raka, do czasu, aż działalność Komitetów będzie już tak skonsolidowana, iż będzie można przystąpić do utworzenia Centralnego Polskiego Komitetu i zostanie f o r m a l n i e zmieniony nasz statut — formalnie, albowiem także i w dzisiejszem swem brzmieniu pozwala on na rozwinięcie szerokiej działalności w całym kraju, chodzi tu więc raczej o nazwę, niż o treść i właściwą istotę sprawy.

Na zakończenie nie mogę pominąć jeszcze jednego niezmiernie dla nas ważnego zagadnienia, mianowicie: sprawy kształcenia fachowego personalu lekarskiego. Jest rzeczą niezmiernie ważną, aby zacząć przygotowywać zastęp lekarzy odpowiednio przygotowanych zarówno do pracy specjalnie w kierunku fachowego umiejętnego leczenia raka, jak i społecznej strony zagadnienia tu nas zajmującego. Musimy dążyć do tego, aby w każdym Komitecie był bodaj jeden wykwalifikowany fachowiec. Do tej pracy kształcenia personalu musimy przystąpić bezzwłocznie, przyczem powinniśmy poczynić starania, aby przy Instytucie radowym w Paryżu były stypendja dla lekarzy Polaków, przez nas na studja kierowanych, co może stać się tem łatwiej, iż niewątpliwie znajdziemy pod tym względem poparcie p. S k ł o d o w s k i e j - C u r i e.

Kończąc ten referat, chciałbym jeszcze na przedstawionym schemacie ująć projekt całkowitej organizacji, tak jak ona w dzisiejszych warunkach się przedstawia:




Naturalnie, jest to tylko schemat, mający na celu ogólne ujęcie zadań, jakie każdy Komitet ma przed sobą w najbliższym czasie. Ale drogi, jakiemi będzie kroczyć do urzeczywistnienia tego — bądź co bądź na razie idealnego—

programu, dla każdego Komitetu mogą być całkiem różne — pod tym względem każdy z Komitetów posiada absolutną swobodę działania, jak zresztą posiadać ją musi także pod każdym innym względem, a więc także pod względem organizacyjnym i twórczym.

Jednego tylko momentu w całej naszej akcji nie mogę pominąć milczeniem pod żadnym pozorem; mianowic konieczności wciągnięcia do naszej pracy szerszych warstw społecznych: tylko udział w naszej działalności nie-lekarzy może nadać całej walce z rakiem charakter o szerszym zakroju i rokujący nadzieje na pomyślny dalszy rozwój już choćby ze względów finansowych. Oparcie zaś całego ruchu tylko na lekarzach lub nadanie mu charakteru ściśle naukowego może spaczyć wszystkie zamierzenia i doprowadzić do mniej pożądanych wyników. Dosadny przykład tego mamy na włoskim Komitecie do walki z rakiem, który właśnie dzięki tego rodzaju organizacji rozwijał się bardzo słabo, i opierając się na wysuwanych tu przez nas postulatach współpracy ze społeczeństwem, zmuszony został do reorganizacji, biorąc sobie za wzór nasz Komitet.

Prezes p. Barylski wygłosił referat:

## Fundusze na walkę z rakiem i udział w nich Rządu, Organizacyj samorządowych i społeczeństwa.

Przystępując do sprawy finansowej z góry przewiduję zarzuty, jakie każdy z Szanownych Panów mi przytoczy, powołując się na ciężki stan finansowy kraju, trudności ekonomiczne i t. p. Niewątpliwie jest w tem część prawdy, ale podkreślę, że w krajach, które ostatnio podjęły walkę z rakiem na wielką skalę, warunki ekonomiczne są również nieświetne, a jednak na cel ten znalazły się fundusze. Pan le Bret, sekretarz generalny Ligi anglo-franko-amerykańskiej, w swem sprawozdaniu rocznem za rok ubiegły stwierdza, że jeszcze w 1921 roku Francja nie posiadała prawie żadnych środków do walki z rakiem, a dziś posiada już szereg wspaniale zorganizowanych ośrodków do walki. Parlament francuski wyasygnował na ten cel pięć miljonów franków, resztę dały samorządy i społeczeństwo. W 1920 roku zaczął się też ruch w Danji, jak czytamy w przesłanem nam ostatnio sprawozdaniu prof. Fibigera: rząd dał pół miljona koron, półtora miljona koron zebrano w szybkim czasie od społeczeństwa i za dwa miljony zakupiono radu i stworzono lecznicę.

Jak Szanowni Panowie widzą, wszędzie były wielkie trudności finansowe, wszędzie zdołano je przezwyciężyć. Czyżby u nas miało być gorzej? Nie przypuszczam — przeciwnie mam nadzieję, że przy natężeniu energji zdołamy pokonać trudności finansowe i posunąć sprawę zwalczania nowotworów naprzód.

* * *

### Preliminarz wydatków na walkę z rakiem.

Wydatki te winny być podzielone na wydatki jednorazowe i wydatki roczne.

Projektowane wydatki jednorazowe są następujące:

| | |
|---|---|
| zakup radu dla sześciu zaprojektowanych Komitetów, licząc minimalnie po 100 mlgr dla każdego Komitetu i 200 mlgr dla Warszawy, razem 700 mlgr, wyniesie | 250.000 Zł |
| zakup sześciu aparatów Roentgenowskich | 90.000 » |
| urządzenie 6 przychodni | 60.000 » |
| Razem | 400.000 Zł |

Projektowane wydatki roczne są następujące:

| | |
|---|---|
| utrzymanie 6 przychodni | 60.000 Zł |
| utrzymanie nieuleczalnych chorych w 3-ch przytułkach | 250.000 » |
| badania anatomo-patologiczne i doświadczalne | 5.000 » |
| utrzymanie 6 Komitetów | 60.000 » |
| wydawnictwa, propaganda i kształcenie personalu | 25.000 » |
| Razem | 400.000 Zł |

Pokrycie tych wydatków projektowane jest w następujący sposób:

*a*) Wydatki jednorazowe:

Sumę 340.000 Zł, potrzebną do zakupu radu i 6 aparatów Roentgenowskich, projektuje się uzyskać od Rządu z tem, aby radjum to i aparaty stanowiły własność Skarbu i byłyby tylko oddane do użytkowania Komitetom miejcowym do czasu, kiedy Komitety mogłyby radjum i aparaty Roentgenowskie wykupić od Skarbu, lub też nabyć nowe, a wtedy objekty te, stanowiące własność Skarbu, byłyby mu zwrócone i mogłyby być oddane do użytku bądź klinik uniwersyteckich, bądź szpitali.

Wydatki w sumie 60.000 Zł, potrzebne jednorazowo na urządzenie 6 przychodni projektuje się uzyskać od samorządów miejskich przez Związek tychże, a to na tej zasadzie, że przychodnie te byłyby w dużych ośrodkach miejskich i przedewszystkiem obsługiwałyby ludność miejską.

*b*) Co do wydatków rocznych miałyby one pokrycie następujące:

| | |
|---|---|
| udział Rządu w sumie | 80.000 Zł |
| sejmiki powiatowe | 130.000 » |
| samorządy miejskie | 70.000 » |
| Kasy Chorych | 100.000 » |
| składki członkowskie, dary, dochody niestałe wpływy od chorych z przychodni i ze szpitali | 20.000 » |
| Razem | 400.000 Zł |

Wobec powyższego Polski Komitet do zwalczania raka wzywa Wszechpolski Zjazd w sprawie walki z rakiem do uchwalenia następującej rezolucji, która ma być złożona Rządowi i organom samorządowym i do upoważnienia Rady Polskiego Komitetu do czynienia odpowiednich starań i zabiegów o wprowadzenie w życie tej rezolucji w brzmieniu następującym:

»Pierwszy Wszechpolski Zjazd Organizacyjny w sprawie walki z rakiem, odbyty w stoł. m. Warszawie w dniu 14. grudnia 1924 roku przy udziale przedstawicieli Rządu, Senatu, Sejmu, samorządów, wszystkich Uniwersytetów, oraz działaczy społecznych, zważywszy:

1. że klęska raka, z roku na rok przyjmująca rozmiary coraz bardziej zatrważające, wymaga natychmiastowego i energicznego zorganizowanego zwalczania tej plagi ludzkości, co zrozumiały już wszystkie państwa cywilizowane całego świata (a przedewszystkiem nasza sojuszniczka Francja) i rozpoczęły już tę walkę — Polska zaś nie powinna pozostać w tyle za niemi,

2. że walka ta z jednej strony nie może być prowadzona wyłącznie siłami społeczeństwa, które w Polsce nie jest ani dostatecznie zorganizowane, ani uświadomione, z drugiej zaś strony zarówno Rząd, jak i organizacje samorządowe nie są w stanie walkę tą ująć całkowicie w swoje ręce, a więc musi być ona prowadzona wspólnemi siłami społeczeństwa, Rządu i organizacyj samorządowych z pozostawieniem inicjatywy i kierownictwa organizacjom społecznym i naukowym, jak to uczą przykłady innych państw,

3. że inicjatywę tę już podjął od lat 4-ch Polski Komitet do zwalczania raka, i

4. że sumy pieniężne, potrzebne na początek na tę walkę są wobec wielkości Państwa Polskiego i jego zaludnienia bardzo nieznaczne i nie obarczą zbytnio ani Skarbu Państwa, ani organów samorządowych

uchwala

1. prosić Rząd oraz organizacje samorządowe o udzielenie Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka sum pieniężnych, niezbędnych do walki z rakiem, według preliminarza, uchwalonego na Zjeździe, odbytym w Warszawie, w dniu 14. grudnia 1924 roku,

2 upoważnić Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka do złożenia niniejszej rezolucji Rządowi, oraz organom samorządowym i do czynienia wszelkich zabiegów i starań o wprowadzenie w życie tej rezolucji«.

Po przemówieniu prezesa Barylskiego przewodniczący Zjazdu otwarł dyskusję w sprawie stanu walki z rakiem w poszczególnych dzielnicach kraju. Prof. Gantkowski (Poznań) mówi, że za czasów okupacji niemieckiej Niemcy urządzili przychodnię rakową przy Szpitalu miejscowym w Poznaniu, którą kierował chirurg; przychodnia ta była jednak czynna tylko krótki czas. Również organizowali Niemcy przy pomocy władz administracyjnych ankiety, na które lekarze chętnie odpowiadali. Próba urządzenia ankiety w r. 1919 i 1920 nie udała się z powodu niedostatecznego wyszkolenia władz administracyjnych. Prof. Ciechanowski (Kraków) przypomina, że rząd austrjacki prowadził statystykę raka, od czasu powstania Państwa Polskiego obowiązek prowadzenia jej ustał. Dotąd nie zorganizowano w Krakowie Komitetu dla zwalczania raka, w znacznej części z powodu braku środków. Obecnie jednak jesteśmy w tem położeniu dobrem, że mamy nadzieję uzyskania dla naszej dzielnicy środków do walki z rakiem i chorobami wenerycznemi. Istnieje fundacja, która została oddana do dyspozycji Akademji Umiejętności. Badania naukowe nad rakiem są bardzo utrudnione z powodu braku odpowiednich dotacyj; w zakładzie mowcy podjęto pewne badania, brak jednak pieniędzy bardzo je utrudnia. Co do statystyki, to każdy oddział kliniczny powinien dać dokładny obraz chorobowości, co do śmiertelności, można będzie zyskać liczby odnośne w znacznej części Województwa. Mowca podnosi brak aparatów roentgenowskich. Co do leczenia radjowego jest w Krakowie Instytut »Curie«, utrzymywany przez Konsorcjum prywatne, leczenie w tym Instytucie jest jednak bardzo drogie. Instytut wypożycza klinikom rad bezinteresownie, celem przeprowadzania badań, dzięki też czemu będzie można zebrać materjał odpowieni z klinik chirurgicznej i ginekologicznej. Poradni rakowej niema, zadanie jej spełniają do pewnego stopnia kliniki. Propagandy piórem niema, co do odczytów mowca ma nadzieję, że da się je zorganizować.

Prof. Nowicki (Lwów) wyłożył plan akcji zwalczania raka w Polsce w obszernym referacie, ogłosonym jeszcze w r. 1921 w Polskiem Czasopiśmie lekarskiem, nie chce więc powtarzać zasad jej prowadzenia tak, jak mu się one przedstawiają. Sprawa statystyki jest, jego zdaniem, rzeczą ważną, ma jednak poważne wątpliwości, czy wynik jej będzie należyty. W Niemczech na przeszło 25 tysięcy rozesłanych kwestjonarjuszów w sprawie raka, otrzymano tylko 20% odpowiedzi. Obecna ankieta, ujęta przez nasze Władze administracyjne, może da wynik lepszy. Mowca ma wrażenie na podstawie piśmiennictwa, że liczba przypadków raka się wzmaga i wspomina też, że, gdy w latach przedwojennych procent przypadków raka badanych sekcyjnie w Instytucie anat. patol. we Lwowie wahał się około 6%, to w roku 1923 wyniósł on 8,3% — oczywiście w ocenie należy być bardzo ostrożnym. W Małopolsce przed wojną była prowadzona statystyka urzędowa; coprawda nie miała ona wielkiej wartości wobec tego, że n. p. na wsi oglądaczami zwłok byli ludzie mało oświeceni, więc ich orzeczenia miały wartość minimalną. Mowca wspomina o statystyce, ogłoszonej w r. 1914 przez inspektora dra Kuhna. Leczenie choroby raka skupia się we Wschodniej Małopolsce w Szpitalach samorządowych, na ogół dobrze prowadzonych i urządzowych i w klinikach uniwersyteckich, brak jednak aparatów roentgenowskich utrudnia niezmiernie pracę w tym kierunku. Pozazdrościć należy Instytutowi warszawskiemu wojskowemu, który, o ile mowcy wiadomo,niezwykle szczodrze zaopatrzony jest w aparaty, podczas gdy we Lwowie ich niema. Przychodni specjalnych rakowych niema. Co do organizacji walki z rakiem, to powstał przy Tow. higjenicznem Komitet, ale czynności jego ogranicza się narazie do propagandy słownej pod postacią wykładów popularnych; będą one rozszerzone i na prowincję.

Doc. Bocheński mówi o działalności kliniki ginekologicznej lwowskiej na polu leczenią choroby raka. Od kilku lat klinika, zajmuje się stosowaniem aklinoterapji; odnośne przypadki są dokładnie spostrzegane. Stosowanie leczenia jest możliwe dzięki ofiarności jednego z lwowskich roentgenologów t. j. użyczania na ten cel bezinteresownego urządzenia prywatnego. Mowca podnosi konieczność kształcenia roentgenologów. W dalszym ciągu podnosi mowca konieczność zdobycia funduszów oraz zorganizowania sprężystej propagandy.

Prof Władyczko (Wilno) zawiadamia, że w Wilnie powstał już Komitet dla zwalczania raka, niemniej przychodnia, do której zgłosił się już szereg osób. W przychodni zajęty jest lekarz dyżurny i kilku funkcjonarjuszów. Komitet umieszcza odpowiednie ogłoszenia w pismach celem prowadzenia propagandy. Komitet zamierza zwrócić się za pośrednictwem Kuratorjum do nauczycielstwa z odpowiedniemi okólnikami. Przy sposobności mowca składa podziękowanie mec. Poniknickiemu za wydatną pomoc w organizowaniu Komitetu we Wilnie.

Dr. Marjański (Łódź) zawiądamia, że w Łodzi powstał również Komitet rakowy, który stara się o otworzenie przychodni. Łódź posiada rad — niestety trzymany on jest w skarbcu Magistratu i dotąd nie jest zużytkowany. Obecnie otrzymano aparat Roentgena. Co do statystyki, wziął ją w swoje ręce Magistrat. W Łodzi choroba raka, zdaniem mowcy, znacznie się rozszerzyła.

Po powyższych krótkich sprawozdaniach rozwinęła się dyskusja nad sprawą organizacji Komitetów rakowych i szczegółów, związanych z prowadzeniem walki z rakiem. W dyskusji przemawiali niemal wszyscy obecni, przedstawiając odpowiednie wnioski.

Naczelnik Wydziału higjeny w Gen. Dyrekcji służby Zdrowia, p. Miklaszewski, poruszył i omówił sprawę statystyki raka i jej znaczenie. W zasadzie uznano za konieczne powołanie do życia Komitetów do walki z rakiem w Krakowie, Lwowie, Łodzi i Wilnie; Komitety te mają być w ścisłym kontakcie z Polskim Komitetem warszawskim, zatrzymując pełną samodzielność w swem działaniu. Najwyższą niejako władzą ma być Zjazd delegatów, który ma się odbywać w stałych odstępach czasu. Komitety w działalności swej i organizacji mogą opierać się o zrzeszenia wzgl. towarzystwa już istniejące i mające już silne podstawy a nadto podobne cele, co Komitet dla zwalczania raka. Co się tyczy uzyskania funduszów, ewent. oddziałów, czy sal przeznaczonych dla chorych rakowych, przychodni i t. p., mają wybrani zwrócić się na miejscu do władz rządowych, autonomicznych i innych instytucyj, jak Kasy chorych, ubezpieczeniowe i inne, o uzyskanie i zapewnienie pomocy.

W dalszym ciągu uchwalono zwrócić się do Komitetu gospodarczego XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich o urządzenie osobnej sekcji dla sprawy nowotworów złośliwych.

Uznano za bardzo ważną sprawę i wymagającą gorącego poparcia już zarządzoną przez Ministerstwo spraw wewnętrznych (Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia) ankietę w sprawie nowotworów złośliwych, mianowicie rozesłanie kwestjonarjuszów odpowiednich do lekarzy i instytucyj sanitarnych.

Ostatecznie Zjazd powziął uchwały następujące:

1. Zjazd uchwala utworzenie Komitetów do walki z rakiem na Ziemiach Polskich (w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Wilnie i Łodzi) w myśl projektu, przedłożonego Zjazdowi przez Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka. W skład tych Komitetów powinni wejść między innemi również przedstawiciele Władz oraz Wydziałów lekarskich.

2. Zjazd zwraca się do Samorządów miejskich st. m. Warszawy, Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania i Wilna z wezwaniem o jaknajszybsze przystosowanie jednego z istniejących oddziałów szpitalnych do obsługi chorych na raka i Przychodni przeciwrakowych.

3. Zjazd uważa za konieczne poparcie badań nad rakiem przez obfite dotacje rządowe odpowiednich Instytutów Uniwersyteckich.

4. Ponieważ wyposażenie klinik uniwersyteckich i szpitali w odpowiednie urządzenia (rad, Roentgen i t. p.) jest nieodzownym warunkiem skutecznej walki z tą chorobą, przeto Zjazd uchwala prosić Rząd oraz organizacje Samorządowe o udzielenie Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka sum pieniężnych, niezbędnych do walki z rakiem we-

dług preliminarza, uchwalonego na Zjeździe. Zjazd upoważnia Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka do złożenia niniejszej rezolucji Rządowi oraz organom Samorządowym i do czynienia wszelkich zabiegów i starań o wprowadzenie jej w życie.

5. Ze względu na to, iż akcja dotycząca badania i zwalczania raka winna polegać również na uświadamianiu społeczeństwa o istocie raka, pierwszych jego objawach i jego uleczalności w razie leczenia, czynić to należy zapomocą popularnych odczytów, broszur, artykułów i ulotek. W akcji tej winni brać udział nietylko lekarze i personal sanitarny, lecz także Kasy chorych, Instytucje ubezpieczeniowe i ludzie dobrej woli Zwłaszcza zmierzać należy do propagandy przez duchowieństwo i nauczycielstwo z pomocą wyższych Władz Duchownych, Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Kuratorjów, Towarzystw Oświatowych (T. S. L.) oraz Uniwersytetów powszechnych i ludowych.

6. Zjazd zwraca się do Komitetu Gospodarczego XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników z usilną prośbą, aby rozważył utworzenie na Zjeździe odrębnej samodzielnej Sekcji dla spraw badania, zapobiegania i leczenia raka.

Zjazd wyraża przekonanie, iż utworzenie podsekcji w jakiejkolwiek innej Sekcji zupełnie chybiłoby celu.

7. Zjazd gorąco popiera odbyć się mającą ankietę w sprawie nowotworów i wzywa ogół lekarzy do jaknajżywszego współdziałania.

Zjazd dobrze urządzony i przeprowadzony zamknął odpowiedniem przemówieniem prezes Barylski, dziękując uczestnikom za wzięcie udziału w nim i wypowiedzenie uwag w sprawie, która staje się coraz więcej aktualną i społeczną.

*n.*

## Ankieta w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych.

Poniżej umieszczony w dosłownym przedruku Kwestjonarjusz w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych, który ma być podstawą dla sporządzenia statystyki w Polsce.

Wyniki uzyskane z zarządzonej ankiety mogą mieć poważne znaczenie dla sprawy walki z rakiem. Dotąd na ziemiach Rzeczypospolitej nie istnieje tego rodzaju statystyka, którą już mają państwa inne. Ze względu na cel i znaczenie zamierzonej akcji obowiązkiem jest każdego lekarza sumienne wypełnienie i odesłanie Kwestjonarjuszów do odnośnych Władz i urzędów sanitarnych.

* * *

Warszawa, dn. 24 listopada 1924.

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
(Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia)
Nr. Z. H. 4563/24

**KWESTJONARJUSZ**

do ankiety w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych opracowany przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia przy czynnym udziale Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

1. Nazwisko i imię chorego . . . . . . . . . . . . . . . .
2. Płeć . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
3. Wiek . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
4. Wyznanie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
5. Miejsce obecnego zamieszkania (miasto, powiat, gmina) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Odkąd tu mieszka . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Gdzie mieszkał przedtem . . . . . . . . . . . . . . .
6. Dom mieszkalny (ulica
Nr . . liczba pokoi . . . . .
liczba ludzi w mieszkaniu . . . . . . . . . . . . . .
7. Zawód chorego . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Czy chory nie pracował przy: smole, olejach, arsenie . . .
8. Wykształcenie (wyższe, średnie, powszechne, bez wykształcenia)
9. Stan cywilny: wolny, małżeński, wdowi, rozwiedziony.
Liczba dzieci chorego (ej) . . . . . . . . . . . . . .
Czy chora karmiła dzieci piersią (przy carc. mammae) .
10. Zamożność chorego: bogaty, dostatni, ubogi . . . . . .
11. Czy palił tytoń . . . Od którego roku życia . . . . .
Dużo, czy mało. Czy palił fajkę (car. labii, carc. linguae) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
12. Czy używał napojów wyskokowych: przypadkowo, codziennie, nałogowo. Czy nie jest alkoholikiem . . . . . .
13. Przewlekłe choroby współistniejące, lub poprzedzające nowotwór (przymiot, gruźlica, wrzód żołądka, kamica i t. p.) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
14. Czy na miejscu złośliwego nowotwora nie było przedtem blizny, urazu, brodawki, znamienia i t. p. . . . . . . .
15. Czy rodzice, rodzeństwo, krewni, powinowaci, dziadowie nie chorowali na raka . . . . . . . . . . . . . . .
Jego umiejscowienie . . . . . . . . . . . . . . . . .
16. Czy chorował na raka kto z domowników, albo osób, pozostających z chorym w bliższej styczności przez czas dłuższy . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
17. Umiejscowienie guza u badanego . . . . . . . . . . .
18. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby . . . . . . .
19. Czy dotychczasowy przebieg choroby wskazuje charakter złośliwości . . . . . . . . . Charłactwo . . . . . . .
Czy są przerzuty . . . . . . . . . . . . . . . . . .
20. Jakie stosowano leczenie (operacja, Roentgen, rad) . . . .
Z jakim wynikiem . . . . . . . . . . . . . . . . .
21. Nawrót, po jakim czasie . . . . . . . . . . . . . . .
22. Uwagi lekarza . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Podpis lekarza:

Uwagi: 1) W miejscach kropkowanych prosi się o dawanie krótkich odpowiedzi. Przy wyszczególnieniach należy podkreślić wyrazy właściwe.
2) Kartę wypełnioną zechce WPan (i) Doktór przesłać do właściwego lekarza powiatowego pomiędzy 1 a 10 marca 1925 r.

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 listopada 1924 r.

Przewodniczy Kol Majewski. Obecnych 96 członków i zaproszona rodzina ś p. prof. W. Jaworskiego.

Kol. Majewski zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem zaznacza, że ś. p. prof. Jaworski był zbyt wielkim uczonym, by nad Jego zgonem przejść do porządku dziennego, nie wymieniwszy Jego wielkich zasług naukowych. Tą myślą powodując się Tow. lekarskie urządziło obecne posiedzenie, poświęcone uczczeniu zasług zmarłego.

Kol Orłowski wygłasza odczyt p. t.: **»Życie i zasługi naukowe ś. p. Prof. Walerego Jaworskiego«.**

Kol. Szumowski podnosi zasługi śp. Jaworskiego, jako twórcy Muzenm histologji medycyny, i zaznacza, że zmarły ofiarował znaczną część zbiorów, które to Muzeum posiada.

Posiedzenie naukowe w dniu 12 listopada 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 147.

Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Tow. lek. kol. Harajewicza i wygłasza wspomnienie pośmiertne ku uczczeniu jego zasług — przyczem zawiadamia, że wysłał imieniem Krak. Tow. lek. depeszę gratulacyjną do Tow. lek. łódzkiego z powodu jubileuszu kol. Seweryna Sterlinga, członka honorowego Krak. Tow. lekarskiego

Na członka przyjęto kol. Reissa Henryka.

1. Kol. M. Rutkowski przedstawia chorych po **torakoplastyce z powodu gruźlicy płuc.** Omawia rozwój leczenia operacyjnego gruźlicy płuc, opisuje używane sposoby operacyjne, uzasadnia ich działanie na proces gruźliczy i określa wskazania do zabiegów chirurgicznych. Następnie przedstawia 3 chore, u których z powodu gruźlicy płuc, usadowionej przeważnie jednostronnie, wykonał torakoplastykę sposobem Sauerbrucha, dwuczasowo. U wszystkich chorych sprawa była daleko posunięta i trwała szereg lat i była bezskutecznie leczona klimatycznie. Pierwsza z nich, osoba 33-letnia operowana w lutym br. była już przedstawioną w czerwcu br. w Towarzystwie lekarskiem i od tego czasu stan jej niewiele się zmienił. Kaszle mało, ciepłota utrzymuje się koło 37°, na wadze przybyła od czasu zabiegu 2 kg. Druga w wieku 22 l. operowana w lipcu br., zniosła zabieg ciężko, jednak po kilku tygodniach przyszła zupełnie do sił, przestała kaszleć i gorączkować, potem gdy przed zabiegiem ciepłoty utrzymywały się na 38°; na wadze przybrała 5 kg. U ostatniej kobiety 30-letniej, chorej od lat 10-ciu wykonano naprzód w lipcu frenikotomję po której nastąpiła częściowa poprawa, a w październiku torakoplastykę. Po zabiegu zniesionym zupełnie dobrze, mimo słabych sił, chora przestała w ciągu kilku dni gorączkować, ilość plwociny z 300 $cm^3$ zmalała do 40, a stan ogólny polepszał się szybko. Badania radjologiczne wykazują u wszystkich chorych zatarcie poprzednio wyraźnie zaznaczonych jam gruźliczych płuc.

W dyskusji przemawiał kol. Blasberg i kol. prof. Orłowski który broni internistów przed zarzutem braku zaufania do zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc. Przypomina, że pierwszy Carson 101 lat temu wygłosił, że spadnięcie się

płuc wywiera dodatni wpływ na przebieg schorzeń płuc, w 11 lat później na podstawie swoich spostrzeżeń Ramadge wypowiedział też zdanie, że wszelki zabieg, który prowadzi do zapadnięcia się ścian jamy płucnej, jest zabiegiem leczniczym *par excellence*. Te zapatrywania nie znalazły wtenczas oddźwięku w świecie lekarskim. Spotkały się one z gorącym sprzeciwem i 43 lat temu, gdy Hérard na Zjeździe internistów udowadniał, że w 1 i 2 okresie gruźlicy płuc ich zapadnięcie się może zatrzymać rozwój gruźlicy, a w 3-im sprzyja zabliźnieniu się jam płucnych. Tylko wytrwałości Forlaniniego oraz klasycznym pracom Brauera zawdzięczamy rozpowszechnienie się sztucznej odmy piersiowej, jako metody leczniczej w gruźlicy płuc. Wkrótce jednak przekonaliśmy się, że da się ona zastosować niezawsze, nawet w jednostronnem zajęciu płuc, gdzie święci największe trjumfy. Wtenczas właśnie interniści wpadli na myśl o innych zabiegach operacyjnych, w tej liczbie o *torakoplastica extrapleuralis*. Niestety, stosunkowo rzadko możemy ją polecać, odpowiednie bowiem przypadki, w których po tym zabiegu, nazwałbym go raczej polykostektomją, można się spodziewać dobrego wyniku, przytrafiają się rzadko. Z innej strony i chorzy zachowują się opornie względem leczenia operacyjnego w gruźlicy płuc. To są przyczyny, dla których chirurdzy tak rzadko otrzymują chorych na gruźlicę płuc dla zastosowania leczenia chirurgicznego.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi zaznacza, że największą trudnością są wskazania do operacji. Tutaj jest bardzo cenne i pożądane współdziałanie internisty. Najłatwiejsze wskazania są w tych przypadkach, gdzie internista nic już zrobić nie może. Torakoplastykę stosował w czterech przypadkach: u 1-go mężczyzny z wynikiem niepomyślnym i u 3 przedstawionych kobiet z wynikiem b. dobrym.

2. Kol. Kościuszko przedstawia chorą, znajdującą się w V. miesiącu ciąży, u której przed 5 tyg. usunął drogą operacji brzusznej włókniaka, wielkości głowy noworodka. Włókniak ten był usadowiony na przedniej ścianie macicy koło lewego rogu, w okolicy odejścia więzu obłego lewego. Dolny biegun guza poprzerastał całą grubość ściany macicy, tak, że, jeżeli nie sąsiadowało zupełnie bezpośrednio z doczesną, to był od niej oddzielony tak cienką ścianką mięsną, że ta uległa rozerwaniu przy bardzo ostrożnem wyłuszczaniu guza. Po dokładnem podwiązaniu krwawiących naczyń zaszyto ranę w macicy szwem trzypiątrowym katgutowym, pozostawiając ciążę nienaruszoną. Wskazania do zabiegu stanowiły: szybki rozrost guza i silne bóle, występujące u chorej, przy miernem podwyższeniu ciepłoty, które należało uważać za objawy obumierania guza. Na przedstawionym włókniaku na przekroju już gołem okiem widoma jest martwica. Ciąża, mimo przeprowadzonej operacji na macicy utrzymała się i podczas okresu rekonwalescencji nie wystąpiły nigdy oznaki grożącego poronienia. Obecnie chora w 6 tygodni po zabiegu czuje się dobrze i opuszcza szpital z tem, że do porodu ma się zgłosić z powrotem na oddział. Przypadki podobne, w których przy wytwarzaniu guza ze ściany macicy przyszło do zetknięcia z doczesną, a które operowano zachowawczo z pozostawieniem ciąży bez wywołania następowego poronienia są b. rzadkie, Kol. Kościuszko znalazł w dostępnem mu piśmiennictwictwie dwa takie przypadki, jeden operowany przez Kraemera, opisany przez Friessa w roku 1912, drugi zaś podaje Maekenrodt.

**W dyskusji**: kol. Wojciechowski. Przypadek jest wyjątkowy, a wynik dotąd nadspodziewanie dobry — ale, uzasadnienie zabiegu natrafi na duże trudności. Przy powikłaniu ciąży włókniakami przywykliśmy do postępowania zachowawczego. Przypuszczam, że w danym przypadku rozpoznano z powodu ruchomości i elastyczności guza torbiel jajnikową, ale skoro laparotomja wykazała szeroko osadzony włókniak, wychodzący z trzonu macicy, to z tą chwilą przypadek nie nadawał się do operacji. Co najwyżej usuwamy włókniak podsurowiczy, gdy jest uszypułowany, gdyż wówczas przebieg ciąży nie jest zagrożony. Wreszcie, skoro się kol. K. zdecydował na zabieg i dotarł do doczesnej, a później sam zaszył, to w każdym razie powinienby zatrzymać chorą w szpitalu pod ścisłą obserwacją, ze względu na to, że wisi nad nią miecz Damoklesa, gdyż zarówno podczas ciąży, jakoteż porodu zachodzi obawa pęknięcia blizny ze wszystkiemi groźnemi następstwami tego zdarzenia. Z przedstawienia przypadku przez kol. K. nie wynika wcale, aby chodziło o zgorzel włókniaka, nie było mowy o wyższej ciepłocie, podrażnieniu otrzewnej i t. d.). Przekrój guza wskazuje jedynie zwyrodnienie torbielowe. Jeżeli zaś chodziło o zgorzel, to postępowanie było znowu zamało radykalne. Kol. Zubrzycki podnosi, że z danych klinicznych, wspomnianych przez kol. Kościuszkę (mam na myśli bóle, zmiękknienie i nagłe powiększenie się guza) wywnioskować można było z całą pewnością, iż w guzie toczą się jakieś sprawy nie obojętne dla ustroju. Przypuszczano albo rozpoczynającą się martwicę włókniaka, z czem przy ciąży bardzo często spotkać się można, albo skręt szypuły guza jajnikowego. Tem da się uzasadnić, zdaniem jego, w zupełności wykonanie zabiegu. Zwłaszcza, że w usuniętym guzie stwierdzono ponad wszelką wątpliwość martwicę i to nawet dalej posuniętą niż się spodziewano na podstawie nasilenia objawów klinicznych. Na przekroju guza można zauważyć typowy obraz martwicy, czerwone zabarwienie części środkowych guza od napojenia tkanek rozpuszczonym barwikiem krwi, rozmiękające i rozpadłe ogniska na obwodzie guza, oraz zmiany na powierzchni otrzewnej, zmętnienie, zgrubienie i jakby jej nacieczenie. Wystarczy jeden rzut oka, by martwicę rozpoznać. Kol. Wojciechowski guza widać nie oglądał, bo inaczej nie mógłby twierdzić, że wygląd przekroju nie przemawia za martwicą. Przypadek wbrew temu co twierdzi kol. Wojciechowski bezwzględnie nie tylko się do operacji nadawał, ale zabieg był w danym przypadku konieczny. Nie tylko wystąpienie ciepłoty i podrażnienie otrzewnej jest wskazaniem do zabiegu przy martwicy włókniaków. Wystarczy wogóle stwierdzenie wystąpienia martwicy do usunięcia włókniaka, zwłaszcza w ciąży. Co więcej nie należy dopuścić do jego zakażenia i do wystąpienia wskutek tego ciepłoty i zapalenia otrzewnej, przez wykonanie zabiegu w odpowiedniej chwili. Co do obawy poronienia, to już ono przeminęło, nie ulega wątpliwości, że istniała i liczono się z nią. Co zaś do obawy pęknięcia macicy to nie jest ono tak groźne, jak sądzą przedmówcy, bo ranę zadano w mięsień w tym okresie, w którym on ma największej siły twórczej, o tem nie należy zapominać, i to nie jest dla sprawy bez znaczenia i to również zmniejsza do minimum obawy pęknięcia macicy. Pozatem w dyskusji przemawiali jeszcze kol. Piotrowski i kol. Markowa.

Sekretarz Dr. *Pawlas*.

## Sprawy zawodowe.

### Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie doroczne w dniu 25 stycznia 1925.

Posiedzenie zagaił naczelnik Izby dr. Bączkiewicz, witając przybyłych członków Izby i przedstawiając w ogólnych zarysach program posiedzenia. W posiedzeniu wzięli udział następujący delegaci: Ciechanowski, Strzemieński, Wróblewski, (Kraków), Drożdż, Wiśniewski (Lublin), Nowicki, Papeé, Zgórski (Lwów), Tomaszewski (Łódź), Panieński (Poznań), Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gautz, Garlicka, Kozerski, Przyborowski, Radziłłowicz (Warszawa).

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia rocznego i przyjęcia go, sekretarz Zarządu Izby Naczelnej zdał sprawozdanie roczne z czynności Zarządu. Nad sprawozdaniem rozwinęła się żywa dyskusja, po której jednomyślnie uchwalono wnioski następujące: 1) Przyjęcie do wiadomości sprawozdani rocznego Wydziału wykonawczego. 2) Wyrażenie uznania, podziękowania i zaufania Wydziałowi, w szczególności jego prezydjum i sekretarzowi i wyrażenie życzenia, aby roczne sprawozdania Wydziału wykonawczego były, o ile możności, drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem Naczelnej Izby lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz, aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Wydziału wykonawczego, były ogłaszane w czasopismach lekarskich. 3) Wezwanie Wydziału wykonawczego, aby na zasadzie § 2, ustęp 5 a) Ustawy z dnia 2. XII. 1921. O ustroju Izb lekarskich, poczynił kroki dla przyśpieszenia utworzenia Izby w Wilnie. 4) Wezwanie wszystkich Izb, aby przekładały Wydziałowi Wykonawczemu Naczelnej Izby lekarskiej dokładnie opracowany materjał i należycie umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Naczelnej Izby w sprawach zdrowia publicznego. 5) Polecenie Wydziałowi wykonawczemu podjęcia wszelkich kroków, aby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie spraw wewn., oraz aby Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała perjodycznie (w stałych terminach) sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności Władz Sanitarnych.

Następnie przyjęto sprawozdanie rachunkowe Naczelnej Izby i protokół Komisji rewizyjnej. Dr. Bogucki przedstawił projekt budżetu na rok 1925 z wnioskiem o możliwości przenoszenia wydatków z jednej pozycji na drugą. Uchwalono budżet w wysokości 17,635 zł. 34 gr. z prawem ewentualnego przekroczenia o 20%. Ze względu na niemożność częstego zbierania się Naczelnej Izby uchwalono dla Wydziału wykonawczego pełnomocnictwa na r. 1925 Sprawozdanie sądu Naczelnej Izby odczytał jego przewodniczący, poczem wybrano zastępców sędziów delegatów od Izby Warszawsko-Białostockiej, mianowicie K. Zielińskiego, M. Ryłkę, zastępców sędziów w Warszawie zamieszkałych K. Wisłockiego, S. Zembrzuskiego i T. Podczaskiego. Rada Izby łódzkiej ma przedstawić 2 zastępców delegatów swej Izby.

Na wniosek delegata Izby poznańskiej przeprowadzono dyskusję nad interpretacją § 17 lit. e Ustawy o wykonaniu praktyki lek. Uznano, że w zasadzie nie jest dopuszczalna praktyka równoczesnie w kilku miejscach, wykonywana przez specjalistę. Co do Ustawy o ubezpieczeniu społecznem uchwalono: Izba naczelna poleca Zarządowi N. I. L. sprawę nowelizacji Ustawy o ubezpieczeniu społecznem i prosi o poczynienie w dalszym ciągu energicznych starań w kierunku przeprowadzenia postulatów stanu lekarskiego.

W dalszym ciągu omawiana była sprawa obejmowania posad w Kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych. Odnośnie do tego punktu obrad uchwalono: Naczelna Izba lekarska postanawia odpowiedzieć Związkowi lekarzy P. P., że uważa za niepożądane kumulowanie płatnych posad lekar-

skich w jednych rękach, że więc w miejscowościach, w których, prócz lekarzy, mających stałe pobory, są lekarze mało zarabiający a niemający żadnych stałych pensyj, ani związanych z niemi udogodnień, pierwszeństwo przy obsadzaniu posad ryczałtowo płatnych w Kasach chorych powinni mieć lekarze, niepozostający w służbie wojskowej, rządowej lub samorządowej.

Co do poruszonej sprawy przynależności lekarzy dentystów dawnego typu do Izb lekarskich, przyjęto zapatrywanie, że dentyści dawnego typu, nie mający dyplomu lekarskiego, nie mogą być członkami Izb lekarskich.

We wnioskach poruszono sprawę sporządzenia mapy rozmieszczenia lekarzy w całej Polsce: mapa ta miałaby być pomocnym i orjentacyjnym środkiem w udzielaniu porad dla lekarzy co do miejscowości osiedlania się. Po szczegółowej dyskusji uznano potrzebę sporządzenia takiej mapy; zdaniem Izby, sporządzenie jej winno być uskutecznione przez Gen. Dyr. Służby zdrowia: narazie mogłyby się tem zająć poszczególne Izby w zakresie terenów, które obejmują. Również omówiono sprawę nbezpieczeń lekarzy i zakładania przy Izbach odpowiednich instytucyj ubezpieczeniowych na wypadek choroby i niezdolności do pracy. Polecono też Wydziałowi wykonawczemu przygotowanie na najbliższe posiedzenie referatu, obejmującego w ramach ogólnych sprawę instytucyj ubezpieczeniowych przy Izbach lekarskich. Wyrażono przy tem zapatrywanie, że Naczelna Izba nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do istniejących już Kas ubezpieczeniowych członków, przynależnych do Izb innych, a nie do Izby, która już wprowadziła instytucje podobne; oczywiście należenie takie mogłoby trwać aż do czasu zaprowadzenia Kas przy Izbach wszystkich. *n.*

---

**Lwowska Izba Lekarska.**

Posiedzenie Zarządu w dniu 12 listopada 1924.

Na zapytanie Województwa w S. odpowiedziano, że cennik lekarski w obrębie Izby jeszcze nie istnieje, i że Rada Izby wyraziła zapatrywanie, że czynności lekarskie nie dadzą się staryfować. Wskutek prośby Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie o wiadomość, czy wystawa higieniczno-lekarska we Lwowie w r. 1907 była uprawniona do wydawania medali złotych, uchwalono odnieść się o wyjaśnienie do ówczesnego dyrektora wystawy.

Przyjęto do wiadomości wyjaśnienie dr. A. w sprawie opuszczenia posady lekarza okręgowego w N.

W zgromadzeniu członków Związku obrony papierów wartościowych, zwołanem na 18 listopada 1924 we Lwowie, weźmie Zarząd Izby udział przez delegata.

Po przesłuchaniu dr. K. ze Lwowa, wydano zarządzenia w sprawie niewłaściwego ogłaszania się tego lekarza tablicą na ścianie domu, w którym nie mieszka, i ogłoszeniem w restauracji.

Lekarze Kasy chorych w D. proszą o opinję, czy żądane przez nich podwyższenie wynagrodzenia jest odpowiednie. Wyrażono zdanie, że nawet podwyższone honorarja będą zbyt niskie.

Dr. A podnosi sprawę lekarzy, dających pracę partaczom dentystycznym. oraz sprawę tytułu specjalisty-dentysty, to ostatnie z powodu zapytania Starostwa w P. co do dra W. Stwierdzono, że, jakkolwiek sprawa tytułu specjalistów nie jest jeszcze uregulowana, Zarząd jest i będzie zdania, że specjalista powinien wykazać studja specjalne — a więc przekraczające normę dla ogółu lekarzy — w danym zakresie. W tym duchu postanowiono odpowiedzieć co do dra W. i podobnie także w innym wypadku, pana L. w M. Również powzięto uchwały w sprawie 4 firmantów dent.

Sprawę zatargu między dr. H. i S. w J. uchwalono przekazać Sądowi Izby.

Przyjęto do wiadomości wyjaśnienie dr. K. w K. w sprawie przepisania pacjentce alkoholu do okładów.

Rozdzielono zapomogi wdowom w ogólnej sumie 420 zł.

Posiedzenie Zarządu w dniu 26 listopada 1924.

Przewodniczący zawiadamia, że Ministerstwo sprawiedliwości wydało polecenie Sądom, aby prawomocne wyroki, dotyczące lekarzy były, komunikowane Izbom lek., zwłaszcza jeżeli chodzi o przewinienia, dotyczące etyki lekarskiej.

Gen. Dyrekcja służby zdrowia zawiadomiła, że wykazy specyfików są ogłaszane w Monitorze polskim. Ta sama Gen. Dyrekcja zarządziła, by w organizacji państwowej pomocy lekarskiej w tych miejscowościach, gdzie niema lekarzy umówionych, był dopuszczalny wolny wybór lekarza. Przewodniczącemu poruczył Zarząd Izby, aby na najbliższem posiedzeniu Naczelnej Izby Lek. wniósł sprawę wprowadzenia w powyższej organizacji wolnego wyboru lekarza, zamiast systemu ryczałtowego.

Zażalenie dr. M. w G. na zbyt niskie wynagrodzenie za czynności sądowo-lekarskie i za czynności lekarza więziennego uchwalono przedłożyć Prezydjum apelacji z umotywowaniem i prośbą o przychylne załatwienie.

Następnie załatwiono sprawę jednego lekarza firmanta zakładu dentystyczno-technicznego i sprawę podatkową jednego lekarza.

Na doniesienie pewnego pacjenta przeciwko drowi R. we Lwowie uchwalono odpowiedzieć, że postępowanie dra R, było bez zarzutu, a forma doniesienia była niewłaściwa.

Na wniosek referenta przyjęto cennik badań pracownianych, ułożony przez pracownie lekarskie lwowskie na podstawie porozumienia między sobą nawzajem i z Zarządem Izby Lek. Przyjęto stawki cennika jako minimalne z tem, że członkom Kas chorych przysługuje opust 30 %.

Reklamacje dwóch lekarzy powiatowych przeciwko przymusowemu ubezpieczeniu w Izbie przesłano do decyzji Izbie Naczelnej z opinją Zarządu.

Przyznano zapomogi 2 wdowom po lekarzach w ogólnej sumie 120 zł.

---

### *Od Redakcji.*

*Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.*

---

**Od Redakcji.** Zwracamy uwagę Szanownych Czytelników, że w zeszłorocznym roczniku Polskiej Gazety Lekarskiej luźną kartkę ze spisem prac, zawartych w numerze jubileuszowym Dra Sterlinga, należy umieścić po spisie prac oryginalnych, jako drugą kartkę spisu ogólnego.

---

## Wiadomości bieżące.

**Lwów.**

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. V. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 20 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Wykład kol. H. Hilarowicz: »Z nowszych poglądów na leczenie chirurgiczne wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy«.

*K. Zgórski*, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Z działalności Towarzystwa Walki z Gruźlicą we Lwowie. W kwartale IV. roku 1924 udzielono w Przychodni T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ulicy Lindego 5: podczas 68 dni ordynacyjnych 794 porad lekarskich — w tem leczono dawnych chorych 441, nowych 343. Zabiegów lekarskich wykonano ogółem 2.358. Wywiadowczynie odwiedziły w domu 252 chorych. W laboratorjum wykonano 191 badań. W Sanatorjum na Hołosku leczono 39 chorych przez 1.653 dni leczenia. Czynnych lekarzy w T-wie było 9. Obrót kasowy w tymże czasie wynosił 2.845 Zł 18 gr.

**Z kraju.**

W sprawie przypadku zniekształcenia czaszki, przedstawionego przez dra Bejlina w Tow. lek. łuckiem. (Patrz Posiedzenie naukowe Tow. lek. łuckiego z dnia 18. VII. 1924. Polska Gaz. lek. Nr. 1. 1925. str. 24), otrzymujemy od prof. dr. J. Szymańskiego z Wilna (Antokol 14) następujące pismo: W Tow. łuckiem kol. Bejlin pokazał przypadek zniekształcenia czaszki. Dla okulisty niezmiernie byłoby ciekawem dowiedzieć się, czy w przedstawionym przypadku zniekształcenie odbiło się także na budowie oka, t. j. czy jest niezborność (astygmatyzm) i jaki, zwykły, odwrotny czy skośny.

**Ze świata.**

Walka z rakiem we Francji ześrodkowana jest w miastach uniwersyteckich, a mianowicie w Paryżu, Strassbourg'u, Bordeaux, Lyon, Montpellier, Toulousse, Rennes i Nancy. W tych miastach powstały specjalne kliniki dla chorych rakowych. w których biedni chorzy otrzymują najrozmaitsze ulgi. W zakładach tych studenci i lekarze mają możność specjalizować się w tej dziedzinie i przeprowadzać badania naukowe.

Czeskie Towarzystwo do walki z rakiem powołuje do życia w Pradze czeski specjalny Instytut do badań nad rakiem.

Miejska poradnia dla małżeństw została utworzona w jednej z miejscowości w pobliżu Berlina. Poradnia ta udziela rad i wskazówek kandydatom i kandydatkom do małżeństwa odnośnie do ich zdrowia, zdolności płciowej i co do ich zdolności i właściwości eugenicznych, jako przyszłych rodziców. Poradnia ta udziela również pouczeń kobietom, które chcą zajść w ciążę lub też chcą jej uniknąć. Celem zakładania pessarjów odsyła poradnia kobiety do lekarzy; biednym zaś kobietom zakłada je sama. Jestto więc do pewnego stopnia ambulatorjum przeciw zapłodnieniu, jak słusznie nazywa je jedno z niemieckich pism lekarskich. Berliński Związek lekarzy ma zamiar wystąpić w odpowiedni stanowczy sposób przeciw tej pod wielu względami nieetycznej instytucji.